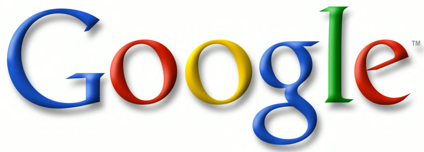
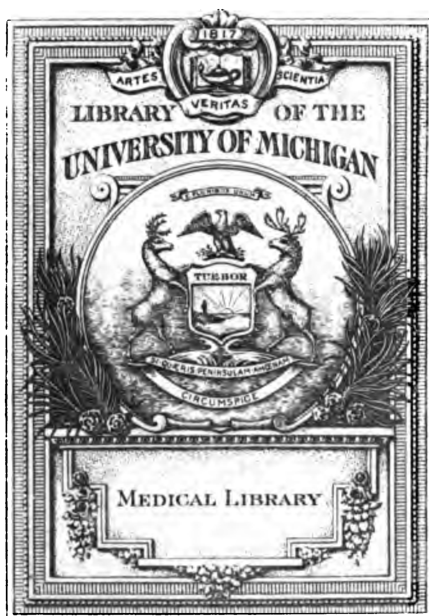



1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

LE DOCTEUR FALLOT,

Collaborateur des Annales d'Oculistique



ANNALES

D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

Par le docteur FLORENT CUNIER,

Médecin - oculiste, chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, ancien médecin militaire, membre des Académies et Sociétés de médecine d'Amsterdam, Angers, Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Dresde, Erlangen, Gand, Halle, Heidelberg, Hoorn, Lisbonne, Londres, Lyon, Malines, Mons, Montpellier, Nantes, Nouvelle-Orléans, Paris, Rotterdam, etc.

3e VOLUME SUPPLÉMENTAIRE.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

13, Montagne Ste-Élisabeth.

1843.

REVUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DE

LA LITTÉRATURE MÉDICALE

DE L'ANNÉE 1842.

Je ne juge pas, je raconte.
MONTAIGNE.

L'accueil bienveillant que la presse médicale a fait à ma *Revue ophthalmologique des années* 1840 et 1841, l'utilité reconnue, proclamée, d'un semblable travail, m'ont engagé à me mettre de nouveau à l'œuvre; je publie

aujourd'hui une *Revue ophthalmologique de la littérature médicale de l'année* 1842.

Je me suis borné à résumer, à réunir, dans un cadre méthodique, tout ce qui a paru de vraiment neuf, de réellement utile, dans les diverses publications qui ont vu le jour depuis un an. Cette *Revue* constitue ainsi, avec mes *Annales d'Oculistique*, l'histoire des progrès de l'ophthalmologie pendant l'année 1842.

J'ai pris pour devise, ces mots de Montaigne : *Je ne juge pas, je raconte.* C'est assez dire que je me suis interdit toute espèce de critique; c'est par des rapprochements, des citations, que j'ai fait ressortir les erreurs de science et surtout de dates.

Toutes les fois qu'il a dû être question de mes travaux, j'ai parlé à la troisième personne; la nature du sujet m'en imposait l'obligation.

Je dois ici témoigner toute ma reconnaissance à M. le docteur Henrotay, qui a bien voulu se charger de dépouiller la plus grande partie des publications belges et françaises. Sans l'assistance empressée de cet excellent confrère, il m'eût sans doute été impossible, dans le mauvais état de santé où je me trouve, de faire paraître ce volume.

Je dois aussi des remerciements à M. le docteur Rieken, médecin du Roi, et à M. le docteur Van Meerbeéck, rédacteur de la *Gazette médicale belge*, pour les documents qu'ils ont eu la bonté de mettre à ma disposition.

Docteur Florent Cunier.

Bruxelles, 15 mars 1843.

REVUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DE

LA LITTÉRATURE MÉDICALE

DE L'ANNÉE 1842.

---

§ I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. *Histoire. a.*) GALIEN. — Le docteur B. Ritter, de Rottenburg, s'est livré à une appréciation des travaux de Galien sur l'anatomie et la physiologie de l'œil. Ce travail, qui témoigne de la vaste érudition de l'auteur, échappe à l'analyse ; nous devons donc renvoyer nos lecteurs au recueil dans lequel il a été consigné (*Journ. für Ch. und Aug.*, nos 2 et 3); ils verront combien sont nombreux les emprunts faits à Galien par les anatomistes et les physiologistes modernes. M. Ritter fait remarquer que Galien n'a disséqué que des yeux de singes et de mammifères, et n'a pas ouvert d'yeux humains.

b.) VÉSALE. — L'ouvrage de M. le docteur Burggraeve (*Études sur André Vésale*, *in*-8° de 439 pages) renferme un examen comparé de l'anatomie de Vésale ; nous en extrayons les passages suivants

relatifs à l'anatomie de l'œil et de ses annexes; ils fournissent d'importants renseignements historiques.

(Pag. 122.) Dans l'examen des muscles des paupières se trouve compris également celui des paupières et des fibro-cartilages tarses. Vésale n'a pas connu le releveur de la paupière supérieure, qui fut découvert également par Fallopia. Il divise le muscle orbiculaire en deux portions, ou muscles distincts, dont il fait des espèces de muscles réfléchis, le supérieur servant à relever la paupière, l'inférieur à l'abaisser.

« Parmi les muscles de l'œil, Vésale admet, indépendamment des quatre droits et des obliques, un septième muscle (pag. 123) impair, enveloppant le nerf optique. Ce dernier n'existe que chez les mammifères, où il forme une espèce d'entonnoir embrassant par sa base le globe oculaire, et s'y fixant de manière à pouvoir le retirer vers le fond de l'orbite. L'homme et les quadrumanes ne présentent aucun vestige de ce muscle. On ne peut expliquer l'erreur de Vésale que par l'habitude où l'on était généralement, de son temps, de se servir, dans les dissections, de l'œil du bœuf, qui a ces muscles rétracteurs extrêmement développés. Toutefois il est étonnant qu'il n'ait pas songé à en vérifier l'existence sur un œil humain.

« Le grand oblique est représenté comme un muscle direct. Ce fut Fallopia (*Observationes anatomicae*) qui connaître sa poulie de réflexion.

Chap. IV. *Des nerfs optiques, pag.* 198. — Les nerfs optiques (portion sensitive de la seconde paire des modernes) ont pour ganglions propres les corps genouillés externes, et se rattachent aux masses centrales par l'intermédiaire des tubercules quadrijumeaux ou lobes op-

tiques et des couches du même nom. Chez les oiseaux qui ont ces nerfs à leur summum de développement, ils naissent de la totalité des lobes optiques, les thalami ne concourant en rien à leur origine. Dans la classe des mammifères, les rongeurs présentent un petit nombre de fibres provenant des couches optiques et allant s'associer à celles qui viennent des tubercules. Chez les carnassiers, il y a, à peu de choses près, égalité entre les deux ordres de racines. Chez l'homme, c'est principalement des corps genouillés qu'ils émanent.

« Vésale n'a connu aucune des circonstances que nous venons de rapporter; car il n'a pas suivi les nerfs optiques (p. 199) au-delà des pédoncules antérieurs de la protubérance annulaire; c'est là qu'il a cru qu'ils prenaient leur origine, trompé sans doute par la manière dont ces nerfs s'y appliquent, après s'être dégagés d'au-dessous des couches optiques.

« La question de l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma a également occupé Vésale. Il pense que cet entrecroisement n'existe point, mais qu'il y a simplement accollement des deux cordons, sans que leur pulpe se confonde. A l'appui de son opinion, il cite des cas où l'affection de l'œil d'un côté n'a pas entraîné la lésion du nerf du côté opposé, mais bien celui du côté malade. Ainsi sur le cadavre d'une femme ayant l'œil droit atrophié, le nerf optique correspondant était atrophié dans tout son trajet. Il dit même avoir rencontré des sujets où les nerfs optiques étaient séparés dans tout leur trajet, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble ni dans l'unité ni dans la netteté de la vision. A ce sujet, Vésale se refuse d'admettre, avec les anciens, l'effet croisé des lésions cérébrales. Sur ces deux questions les progrès ultérieurs de la science ont donné complétement tort à l'anatomiste belge. Les recherches de Cheselden, de Du-

petit, de Sœmmering, de Cuvier, ont mis hors de doute l'entrecroisement des nerfs dans leur chiasma. Cette disposition est surtout très-marquée chez les poissons où les nerfs se croisent sans s'unir. D'ailleurs, l'anatomie pathologique a montré un grand nombre de cas où la lésion d'un des nerfs s'est montrée du côté opposé à l'œil affecté. Ainsi l'atrophie d'un œil se propage souvent au-delà du chiasma le long du nerf opposé. Si dans le cas rapporté par Vésale le contraire a eu lieu, cela peut dépendre de ce (p. 200) que l'accroisement n'est pas total, mais n'a lieu que pour la moitié interne des deux nerfs.»

« Chap. V. *Des nerfs moteurs de l'œil. 2me paire; 4me des auteurs.* — Vésale comprend dans cette seconde paire tous les nerfs moteurs de l'œil. La manière dont il s'explique sur leur origine prouve qu'il les considérait comme provenant d'un tronc commun, s'insérant dans les pédoncules antérieurs de la protubérance annulaire. « Ils naissent, dit-il, sur les côtés de la base du cerveau, un peu en arrière des nerfs optiques. (Paulò posterius enim quam visorii, ex cerebri basis lateribus principium ducunt, quod haec cerebri regio nonnihil durior illa esse oportuit.) Il est évident qu'il n'a égard ici qu'aux nerfs (p. 201) oculo-moteurs communs. Ce fut Fallopia qui distingua de ces derniers les oculo-moteurs internes et externes. Plus tard, Willis fit connaître la communication de l'oculo-moteur commun avec le ganglion ophthalmique, par sa courte racine, ainsi que l'anastomose de l'oculo-moteur externe avec le rameau ophthalmique du trifacial. On conçoit que ces détails ont pu échapper à l'anatomiste belge, trop occupé du plan général de l'édifice anatomique, pour pouvoir en soigner les détails.

« Vésale admet qu'immédiatement après son entrée dans la cavité de l'orbite par la fente sphénoïdale, le nerf moteur se divise en sept branches destinées aux sept

muscles de l'œil, erreur qui repose sur la fausse appréciation du nombre de ces muscles.

« CHAP XVI. *De l'œil.*(p.322)—.On doit à Sœmmering, qui a écrit *ex professo* sur les organes de la vue, leur distinction en parties qui servent à la protection du globe oculaire (*oculi tutamina*) et celles qui forment l'œil proprement dit. Les premières ont été examinées par Vésale dans différents endroits de son ouvrage : ainsi le chap. XXXV du livre 1er a traité des fibro-cartilages tarses ; dans le chap. IX du livre 2e il est question des muscles de l'œil, et nous avons vu les erreurs ou les omissions qu'il a commises à l'égard du muscle orbiculaire des paupières, du releveur de la paupière supérieure et enfin d'un septième muscle rétracteur, qui n'existe que chez les quadrupèdes.

« La source et les voies d'excrétion des larmes ont été d'abord méconnues par Vésale, puisqu'il n'en est question (p. 323) nulle part dans son grand ouvrage. Cependant Zerbi, anatomiste du XVme siècle, avait déjà mentionné les points lacrymaux, et Berengario avait constaté qu'ils sont les orifices des conduits du même nom. Ce ne fut que dans sa réponse aux observations critiques de Fallopia, qui avait déterminé avec plus de précision qu'on ne l'avait fait avant lui la marche que suivent les larmes pour se rendre dans le sac lacrymal et de là dans le canal nasal, que l'anatomiste belge reconnut la justesse de ces observations, et qu'il établit comme véritable source des larmes, la glande lacrymale et non la caroncule du même nom, que beaucoup d'anatomistes de son temps, entre autres Colombo, avaient regardée comme telle. A cette occasion, il décrivit également la membrane semi-lunaire ou nictitante, formant une troisième paupière chez certains animaux. (*Examen observ.* Fallop. pag 826.)

« Quant aux parties constituantes de l'œil, il les exa-

mine du centre à la circonférence ; il a donc eu à s'occuper en premier lieu du cristallin.

« Le cristallin, dit-il, est une humeur claire et transparente, à l'égal du plus beau cristal, et, comme les loupes, pouvant grossir les objets sur lesquels on l'applique. Le nom d'humeur cristalline lui est peut-être appliqué à tort, car, retirée de l'œil, elle ne s'écoule point et conserve sa forme. Sa consistance est celle d'une cire molle; sa forme n'est pas sphérique, mais lenticulaire. » (Est enim, humoris optimi crystalli instar per lucidissimus et omnia quibus jam exemptus, vitri alicujus modo imponitur, impense quorumdam utrinque ex tuberantum specillorum ritu adauget, pag. 556.)

« (P.324) On sait que le cristallin est maintenu en place entre les deux feuillets de la membrane hyaloïde. On connait l'antérieur sous le nom de l'anatomiste Zinn (*zône de Zinn*). Toutefois les anatomistes ne sont pas d'accord sur la manière d'envisager cette membrane : les uns la regardent comme appartenant à l'hyaloïde, d'autres avec Zinn, la décrivent séparément, comme une membrane striée et plissée, s'insérant à la partie antérieure de la capsule de l'humeur vitrée et se portant de là en avant pour s'attacher à la face antérieure de la capsule cristalline, tout près de son bord. Quoi qu'il en soit de cette dissidence, il est constant que l'anatomiste belge a connu cette lame à laquelle on a eu le tort d'attacher le nom de Zinn. La manière dont il la décrit prouve qu'il l'a envisagée de la même manière que ce dernier : « toute la surface antérieure du cristallin, dit-il, est recouverte par une membrane transparente, semblable à une mince pellicule qui va s'arrêter vers la grande circonférence. » (Universae ipsius anteriori sedi tunicula obnascitur, instar tenuissimae ceparum pelliculae, tenuis exacteque pellucida et transparens. Verum haec tunicula nulla

parte posteriorem humoris crystallini sedem contingens, sed inibi cessans, ubi ille amplissimus cernitur. (p. 556).

« L'humeur vitrée est également décrite dans les plus grands détails. Vésale fait observer que lorsqu'on la retire de l'œil, elle ne conserve point de forme, bien cependant qu'elle ne s'écoule pas en totalité, circonstance qui tient à la disposition cloisonnée de sa membrane propre, que notre anatomiste n'a pas connue et dont la découverte appartient à Fallopia. Quant aux rapports du corps vitré, Vésale (p. 325) les a bien connus. « En arrière, dit il, il correspond à la rétine; en avant il offre une dépression dans laquelle le cristallin est logé : autour de cette dépression, c'est-à dire tout autour de la grande circonférence de la lentille, on remarque les traces des procès ciliaires qui y sont appliqués. » Anterioris sedis, seu planae superficiei medio sinus imprimitur tantus, quanta posterior est humoris crystallini pars.... Porro reliquae regioni sedis anterioris vitrei humoris crystallino non occupatae, tunicam quamdam obduci, suo loco audies, quae ciliis palpebrarumve pilis assimilabitur, quaeque orbiculatim lineae tantum crassitie crystallino humori, ubi is amplissimus est adnasci docebitur (pag. 557).

« La rétine n'est pas décrite avec moins de soin. On sait que cette membrane est due à un réseau vasculaire sur lequel s'étale la pulpe nerveuse. Sœmmering a très-bien représenté cette disposition, qui a fait dire à quelques anatomistes qu'elle est formée de deux lames, l'une externe pulpeuse, l'autre interne vasculaire, formée par les ramifications de l'artère centrale de la rétine.

« C'est sans doute à cette disposition que Vésale a eu égard quand il dit que la rétine est parcourue d'une foule de petites artères et de veinules qui rayonnent de

son centre vers la circonférence et sur lesquelles la matière nerveuse est étendue.

« Les plis qu'elle forme au fond de l'œil ne lui ont également pas échappé. On connaît les belles recherches de Desmoulins sur l'analogie de ces duplicatures et les circonvolutions cérébrales.

« Quant aux limites de la rétine, Vésale pense qu'elle se termine insensiblement sans atteindre la grande circonférence (p. 326) du cristallin. Cette question est encore un sujet de litige entre beaucoup d'anatomistes : plusieurs ont soutenu l'opinion de Vésale, entre autres Morgagni et Zinn. D'autres, tels que Winslow, Cassebohm, Ferrein, Haller, Monro, prétendent que la rétine passe au-dessous du corps ciliaire et qu'elle s'étend jusqu'à la grande circonférence du cristallin, à la capsule duquel elle s'attache.

« Feu Ant. Dugès, dans un beau travail d'anatomie comparée sur l'organe de la vue, a exprimé une opinion un peu différente, puisqu'il dit qu'à la naissance des procès ciliaires, la rétine se divise en nombreuses languettes, dont chacune passe entre deux procès ciliaires, et se perd en s'épanouissant sur la circonférence du cristallin. On conçoit qu'une question aussi délicate est de nature à laisser des doutes sur sa solution.

« Après la rétine, Vésale examine la choroïde qu'il considère comme la continuation de la membrane pie-mère cérébrale. Il y a dans cette manière de voir quelque chose d'ingénieux et de rationnel à la fois, car il est évident que la membrane vasculaire de l'œil, tant par le mode de distribution de ses vaisseaux, que par ses rapports avec la membrane nerveuse, a plus d'une analogie avec la pie-mère. M. Schrœder van der Kolk, l'un de ces anatomistes qui semblent avoir recueilli l'héritage de l'immortel Ruysch, démontre par l'injection que la

choroïde est réellement un prolongement de la membrane vasculaire du cerveau. (Lettres médicales sur la Hollande ; par J. Guislain, dans les *Annales de la Soc. de Méd. de Gand*, janvier 1842.)

(p. 327) Nous-même, nous avons eu plus d'une fois l'occasion de faire des observations semblables.

« Vésale décrit ensuite successivement la rétine, la pupille, l'uvée, les procès ciliaires, la sclérotique (qu'il prouve n'être pas une continuation du périoste de l'orbite, comme on le pensait généralement avant lui, mais bien de la dure-mère), enfin l'humeur aqueuse et la conjonctive palpébro-oculaire. Parmi les parties de l'œil que l'anatomiste belge n'a pas connues, il faut compter le cercle ciliaire, découvert par Fallopia, la membrane de l'humeur aqueuse, à laquelle s'attachent les noms de Demours et de Jacob, ainsi que la séreuse ou l'arachnoïde de l'œil, que M. Arnold prétend y avoir démontrée de nos jours, mais dont l'existence est encore hypothétique. »

c.) DOELLINGER.—M. Ph. de Walther (*Gedachtenissrede auf J. Doellinger*, *München* 1842,) rappelle l'opinion de Doellinger sur quelques points contestés de l'anatomie de l'œil : 1) le ligament capsulo-ciliaire de d'Ammon existe et est une continuation de la membrane de Jacob ; la description de cette membrane donnée par Huschke n'est donc pas conforme à la nature ; 2) le ligament ciliaire est un plexus nerveux ; 3) le canal de Fontana n'existe pas dans l'œil humain, ainsi que l'a établi Schlem; 4) la membrane de Ruysch existe dans l'œil humain ; 5) la cornée n'est pas lamelleuse.

d.) M. MALGAIGNE. — Nous trouvons les lignes suivantes (*Journ. für. Chir. und Aug.* 1842,

p. 451) dans une critique que fait M. d'Ammon de la traduction de l'anatomie chirurgicale de M. Malgaigne (*Abhadlung der chirurgischen Anatomie*, aus den Französischen van DD. Reiss und Liehmann. Prag, 1842, Calve, 936. pp. 8°). « Nous voulons donner une idée de la manière dont M. Malgaigne connaît ce qui a été fait avant lui. Il consacre trois pages au développement de l'œil, et l'écrivain allemand le plus moderne qu'il cite est Fr. Meckel. Il ne connaît pas les travaux qui ont été publiés sur ce sujet par Bar, Burdach, Müller, Rathke, ni les idées que nous avons émises, il y a plus de dix ans, dans notre journal, et la controverse débattue entre nous, Huschke, De Walther, Arnold; en un mot, il ignore tout ce qui a été fait depuis 20 ans dans notre pays. Deux lignes sont employées pour traiter du colobome de l'iris; il montre son ignorance des recherches de de Walther, Heyfelder, Gescheidt, Jaeger et des nôtres. »

2. *Système cristallin.* — La note qui suit est extraite de la *New-York Lancet*, n° du 6 août 1842, p. 96 :

« M. Schwann pense que lentille est d'abord composée de cellules qui sont ensuite converties en fibres. M. Toynbee a non-seulement trouvé des cellules entremêlées parmi les fibres de la lentille, mais il a très-fréquemment remarqué que les fibres elles-mêmes, composant la partie externe de la lentille, étaient formées de ces cellules, et que dans d'autres cas celles-ci occupent seulement l'extrémité des fibres.

« M. Toynbee dit en parlant des vaisseaux sanguins de la lentille : — « non-seulement je n'ai pu découvrir aucune trace de vaisseaux dans la capsule antérieure, mais je pense être à même de prouver que

dans l'état de santé il ne s'en trouve point. La capsule postérieure de la lentille est cependant injectée et présente de larges et nombreuses ramifications de vaisseaux sanguins, dont, suivant moi, la fonction est de fournir la nutrition à la lentille cristalline. Ces vaisseaux partent de l'artère centrale de la rétine. Cette dernière ayant traversé le centre de l'humeur vitrée, s'étend sur la capsule et forme les ramifications précipitées. Or, dans quelques injections que j'ai faites d'yeux de fœtus humains, de six ou sept mois, ces vaisseaux ne se trouvaient pas placés à la surface postérieure de la capsule; ils en contournent le bord et s'étendent sur la face antérieure dans une largeur d'un quart de ligne. Il ne m'a pas été possible de faire une injection parfaite des vaisseaux de la capsule de la lentille sur des fœtus au-dessous du cinquième ou du sixième mois; c'est pourquoi je ne puis dire si, dans les premières périodes du développement, la capsule antérieure, comme la membrane pupillaire, est entièrement traversée par des vaisseaux; cela étant ainsi, la lentille cristalline serait complétement entourée de vaisseaux sanguins.

« Les branches de l'artère centrale de la rétine dans les premières périodes de la vie, comme je l'ai remarqué plus haut, s'étendent sur la surface antérieure de la capsule. Immédiatement après qu'elles ont atteint la dernière, elles se rétrécissent, se dirigent parallèlement entre elles et convergent vers le centre de la surface antérieure à une distance d'un quart de ligne; elles s'arrêtent alors dans leurs cours forment des dilatations (*dilatations*) percées de cellules qui donnent naissance à de petites veines. Il est fort probable que ces vaisseaux disparaissent dans les périodes suivantes de développement, de ma-

nière à permettre aux rayons lumineux de pénétrer la totalité de la surface antérieure de la capsule. Ces vaisseaux, dans l'état morbide, se prolongent quelquefois sur toute la capsule antérieure (ou, pour parler plus exactement, sur la moitié antérieure de la capsule). C'est dans cet état qu'ils ont été injectés par Schroeder van der Kolk. La capsule de la lentille est ainsi traversée par de larges et nombreuses ramifications de vaisseaux sanguins qui fournissent la nutrition à sa surface interne ou lenticulaire. Ce fluide vient bientôt se mettre en contact avec la masse de petites cellules décrites par Schwann comme placées entre la lentille et la capsule. » M. Toynbee suppose que la nutrition de la lentille s'opère par ces cellules qui reçoivent les principes du sang et les dirigent vers la lentille dans laquelle ils sont déversés (??).

3. *Terminaison du nerf optique.* — D'après les recherches faites par M. Pappenheim, de Breslau, sur les oiseaux, les amphibies, les mammifères, l'homme, etc., les fibres du nerf optique se terminent circulairement près de la zonule en y formant un plexus; elles sont entièrement distinctes des fibres de la zonule dont les caractères, le cours et la terminaison sont différentes. (*Neumeister's allgemeine Repertorium*, juillet, p. 148.)

4. *Veine centrale du globe.* — Existe-t-il une veine centrale du bulbe, c'est-à-dire du corps vitré? telle est la question que se pose M d'Ammon. Langenbeck et Weber l'admettent; le premier en donne même le dessin. Henle et Valentin nient son existence; M. d'Ammon est de l'avis de ces derniers. Ce point mérite d'être éclairci; il n'est pas seulement intéressant au point de vue de l'anatomie normale, mais aussi sous celui de la patho-

génie. (*Journ. für Ch. und Aug.* p. 114-115.)

5. *Structure et fonctions de la rétine.* — M. Mandl a communiqué à l'Académie des sciences de Paris (*Gaz. méd. de Paris*, pag. 462) des recherches sur la structure de la rétine. « Cette membrane se compose de deux portions bien distinctes : l'interne, celle qui touche le corps vitré, est composée des mêmes éléments que la substance corticale de l'encéphale. M. Mandl propose de l'appeler la *substance de la rétine*. La portion externe, ou la *portion blanche*, contient, outre les vaisseaux sanguins et l'expansion du nerf optique, des éléments particuliers que l'auteur désignerait volontiers sous le nom de baguettes. La forme, la longueur et la largeur de ces baguettes varient beaucoup dans les diverses classes d'animaux. Elles forment la couche la plus externe, où elles sont placées obliquement. Celles des poissons et des oiseaux, surtout des derniers, se prêtent le mieux à l'observation. Elles sont, chez les oiseaux, longues à peu près de 1/100 à 1/50 de millimètre, larges de 1/300 de millimètre, portant à leur extrémité externe un globule huileux, d'un jaune plus ou moins foncé ou de couleur rouge, tandis que l'extrémité interne finit par un fil très-délié. On n'a pu constater aucun rapport entre ces baguettes et le nerf optique. Il faut examiner des yeux frais et la rétine dans le liquide du corps vitré. Tout liquide étranger détruit la forme des éléments. »

Le même corps savant a reçu de M. Melloni un mémoire sur la structure et les fonctions de la rétine (*Ibidem* pag. 364). On sait qu'Euler attribuait la diversité des couleurs des corps à la diversité des vibrations que ces corps étaient supposés imprimer à la lumière, à peu près comme cette différence

entraînait celle des sons. M. Melloni, reprenant cette théorie, et remarquant que le rayon jaune est toujours la couleur la plus visible, a été amené à conclure que la rétine doit être colorée en jaune. En effet, outre la tache de Sœmmering, qui présente manifestement cette coloration, il dit avoir constaté que le reste de la membrane a aussi une teinte jaune. Il est vrai que cette coloration diminue avec les progrès de l'âge; mais il est remarquable qu'au fur et à mesure de cette dégradation de teinte, le cristallin devient d'un jaune ambré, de sorte que les conditions de la réfraction des rayons à travers les milieux de l'œil, demeurent toujours à peu près les mêmes. M. Melloni explique la couleur jaune de la tache de Sœmmering, en disant qu'elle résulte d'une plicature plusieurs fois répétée de la rétine, dont la coloration propre deviendrait ainsi plus prononcée dans ce point.

6. *Fonctions du cristallin dans la vision.* — Une note sur les fonctions du cristallin dans la vision a été communiquée à la même Académie, le 30 mai dernier, par M. Adda (*Ibid.* n° 23). L'auteur commence par établir que la cornée ne change point de courbure pour la vue à diverses distances. Il annonce ensuite avoir reconnu que le cristallin conserve le même foyer, soit que les rayons lumineux lui arrivent parallèles, soit qu'ils tombent sur lui divergents ou convergents. Pour constater ce fait, il a placé dans un tube noirci un cristallin de bœuf, de manière à le faire devenir l'objectif d'une lunette, et il a trouvé que le foyer restait le même lorsqu'on regardait les objets éloignés ou rapprochés. On savait bien, a dit à ce sujet M. Arago, que le cristallin n'a pas la même densité dans toute son étendue, et l'on pensait que cette disposition avait pour

but de corriger l'aberration de sphéricité résultant de la réfraction trop considérable des rayons qui le traversent dans le voisinage de sa circonférence. Les expériences de M. Adda ne permettraient plus de conserver cette explication (1).

7. *Physiologie de la vision.* — Un article sur ce sujet a été publié par M. Sinsteden (*Verein's Zeitung*, n° 5) ; nous n'y trouvons rien de neuf ; nous dirons de même d'un mémoire de M. Meyer, inséré dans les *Archiv für physiologische Heilkunde* (n° 2).

M. Franz a fait une série d'expériences sur un aveugle-né auquel la vue a été rendue à l'âge de dix-huit ans. Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir reproduire cette intéressante narration insérée dans le 1er n° du journal de MM. de Walther et d'Ammon (p. 59). Une analyse n'en donnerait qu'une idée fausse et incomplète.

Les recherches de M. Reinhold (Ibid, n° 2, p. 285) nous ont paru dignes de remarque ; mais ce qu'il dit de l'unité de perception dans la vision, etc., etc., est connu.

M. Réné a adressé l'Académie des Sciences de Paris (séance du 28 mars) un mémoire dont la proposition fondamentale est que, pour expliquer les

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons les *Mémoires de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy, année* 1841 (8°, Nancy 1842, Grimblot), où se trouve inséré un mémoire de M. de Haldat sur le mécanisme de la vision. Nous publierons incessamment, dans les *Annales d'oculistique*, une analyse critique des opinions de l'auteur sur les fonctions de la cornée transparente et du cristallin, dans la vision.

phénomènes de la vision, il faut non-seulement admettre que les diverses couches du cristallin ont des densités différentes ; mais encore qu'il en est de même du corps vitré. (*Examinateur médical*, 3 avril).

8. *Prédominance de la vision sur les autres sensations.* — M. Gerdy termine comme suit un long mémoire sur ce sujet (*L'Expérience*, n° 219), faisant suite à ses travaux sur la vision, résumés l'an dernier par M. Fleussu (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, pag. 176 à 180).

« Je ne saurais donc trop le répéter, la vue est le premier, le roi des sens. Néanmoins j'entends qu'on attaque encore cette conclusion, si rigoureusement exacte, en disant : chaque sens est supérieur à tous les autres dans sa spécialité; on ne peut établir entre eux aucune hiérarchie. — Eh ! mais avons-nous jamais dit que l'œil distinguât mieux les saveurs, les odeurs et les sons que la bouche, le nez et l'oreille ne les distinguent, ou que l'esprit ne les apprécie par leur intermédiaire ? Qui ne sait que, suivant les circonstances, les sens peuvent l'emporter l'un sur l'autre, chacun à leur tour, le toucher pendant la nuit, le goût à table, l'odorat dans un parterre en fleurs, l'oreille à un concert, et la vue dans une promenade champêtre ? Pourquoi d'ailleurs la diversité spécifique des fonctions de chacun des sens empêcherait-elle de les comparer dans ce qu'ils ont de commun et de différent pour apprécier leur importance et leur utilité respectives? Depuis quand y a-t-il du danger pour la science à envisager une question sous toutes ses faces ?

« Loin de partager cette opinion, je résumerai ainsi le parallèle des sens :

« On peut rapporter à douze grandes divisions les propriétés ou les caractères des corps dont l'esprit humain prend l'idée par la voie des sens. Ce sont : 1° le nombre ; 2° la situation ; 3° l'étendue ; 4° la direction ; 5° la forme ; 6° les propriétés physiques générales, tellesque la divisibilité, l'élasticité, la ductilité, la pesanteur, la mobilité, etc., etc.; 7° les propriétés chimiques ; 8° les propriétés sensibles à la vue seule ; 9° les propriétés appréciables par le toucher seul ; 10° les propriétés odorantes ; 11° la sapidité ; 12° la sonoréité. Eh bien ! telle est la puissance comparée des sens, que l'œil permet à l'intelligence d'apprécier tous ces caractères et toutes ces propriétés sans le secours d'aucun sens, à l'exception des qualités tactiles spéciales, des saveurs, des odeurs et des sons ; que le toucher en apprécie un peu moins, que la vue les apprécie moins facilement, moins rapidement et dans une étendue beaucoup plus circonscrite ; que l'ouïe ne peut reconnaître que le bruit et les sons ; le goût, que les saveurs, et l'odorat que les odeurs ; en sorte que leur domaine est beaucoup plus circonscrit encore et leur puissance beaucoup plus bornée que celle du toucher, et surtout que celle de la vue, bien qu'en donnant arbitrairement une signification aux sons, on augmente de beaucoup la valeur du sens de l'ouïe, à peu près comme on augmente conventionnellement celle du papier en en faisant le signe d'une valeur plus ou moins considérable.

« Telle est encore la supériorité de la vue, que si tous les sens sont collègues les uns des autres pour reconnaître les corps, il n'y en a point qui, de loin comme de près, en reconnaisse autant que la vue ; il n'y a même que le toucher qui puisse, comme la vue, assurer l'esprit de l'existence d'un corps déterminé et distinct des corps voisins avec lesquels on pourrait le confondre ;

que la vue et le toucher étant en outre des collègues l'un de l'autre pour reconnaître le nombre, la situation, l'étendue, la direction, la forme et une foule de propriétés physiques, que les autres sens ne peuvent point distinguer, l'aveugle, même avec l'éducation la plus soignée, ne pourrait, sans le toucher, parvenir à apprécier les caractères et les propriétés des corps que nous venons de rappeler : que les malheureux aveugles ne s'instruisent sur les choses visibles qu'autant que, par le toucher, ils ont acquis en petit l'idée des caractères que la vue nous a fait connaître en grand.

« Telle est enfin la supériorité de la vue sur les autres sens, qu'elle nous fournit à elle seule plus d'idées, importantes pour la pratique de la vie, et assure mieux notre existence que tous les autres sens pris ensemble.

« Or, c'est seulement cette supériorité de puissance que j'ai voulu assurer définitivement à l'organe de la vue, lorsque je l'ai proclamé *le premier, le roi des sens.* Ce n'est pas que ces expressions m'appartiennent ; de grands écrivains, un grand poète du dernier siècle, les ont consacrées à la gloire du toucher ; je n'ai fait que les appliquer à l'organe que j'en crois le plus digne, à l'organe que le sens commun des nations, si souvent supérieur aux philosophes, regarde comme le premier des organes de nos sens. D'où viennent en effet ces expressions : « L'œil de la Providence voit et gouverne tout; le soleil est l'œil du monde ; les princes voient par les yeux de leurs ministres; peu de rois voient par leurs propres yeux? » Pourquoi, dans ces expressions symboliques et figurées, ne met-on jamais l'ouïe à la place de l'œil ? N'est-ce point parce que d'un consentement unanime on regarde l'œil comme le chef, le premier de tous les sens? »

9. *Régénération du cristallin* — Le docteur Hanmann, de Rostock (*Hufeland's Journal der pratischen Heilkunde*, janvier 1843), a rassemblé un certain nombre d'expériences et d'observations sur la reproduction du cristallin; il a été conduit aux résultats suivants : la capsule et même des portions de capsule ont, après complète disparition des lentilles, la faculté de sécréter une substance analogue au cristallin; mais ce travail exige un temps assez considérable, plusieurs mois au moins. La substance lenticulaire nouvellement formée a été reconnue très-imparfaite dans la plupart des cas et ne formait qu'une masse arrondie assez molle. C'est chez les individus jeunes que la substance de nouvelle formation avait le plus d'analogie avec la lentille normale; mais plus les individus étaient avancés en âge, plus la substance reproduite se montrait imparfaite. L'auteur se pose la question suivante : cette sécrétion est-elle un phénomène éphémère dont la résorption a toujours lieu?

Les conclusions de M. Hanman s'écartent quelque peu de celles de M. Pauly (*Ann. d'oculist.* I, p. 485).

M. Verheyen (*Journ. vétérinaire et agricole de Belgique*, décembre p. 575), engage les écoles vétérinaires à tenter des expériences sur l'objet qui nous occupe.

M. Textor, fils de Wurzbourg a pris pour sujet de dissertation inaugurale, la régénération du cristallin. Ce travail, qui a été en notre possession, nous ayant été enlevé par un confrère qui ne nous l'a point remis, nous nous trouvons dans l'impossibilité de donner l'analyse des faits intéressants qui y sont rapportés.

10. *Iridérémie.*—Ce vice de conformation a été observé par M. France (*Guy's Hospital Reports*, 1842).

Obs.—Mary Hampton, âgée de 23 ans, vint à la consultation ophthalmologique de l'hôpital de Guy, pour une conjonctivite assez légère. La conformation de ses yeux ayant attiré l'attention de l'auteur, il l'interrogea avec soin et apprit que le vice de conformation de l'iris était congénital, et qu'elle avait seulement eu dans sa jeunesse quelques ophthalmies catarrhales; elle s'employait chez elle aux soins du ménage, mais n'avait jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Elle n'éprouvait aucune douleur dans les yeux, excepté lorsqu'elle était exposée aux rayons du soleil. Aussi recherchait-elle de préférence un demi-jour qui lui permettatt de mieux distinguer les objets; du reste elle ne voyait qu'à la distance de 1 ou 2 pieds.

Les paupières sont habituellement fermées plus d'à moitié; et cet état qui simule un léger degré d'entropion, joint au peu de développement des cils, lui donne l'aspect d'une personne qui aurait perdu les cils par une maladie.

Le globe de l'œil des deux côtés est affecté d'un mouvement oscillatoire continuel dans la direction horizontale, et cette mobilité, s'accompagnant d'une contraction spasmodique du muscle orbiculaire qui se manifeste dès qu'on expose les yeux à la lumière, rend très-difficile une exploration exacte de ces organes. La faculté de diriger l'œil vers un objet, et surtout en haut et en bas, est très-diminuée.

Les deux cornées sont le siége d'une opacité qui résulte des inflammations que la malade a éprouvées. Cette opacité n'occupe cependant pas tout le champ de la cornée, et elle a sur chaque œil une étendue, une situation, et une profondeur différentes.

La sclérotique a une coloration bleuâtre plus prononcée que dans l'état naturel. L'œil droit présente sur

la capsule postérieure du cristallin une opacité centrale qui n'a pas plus d'étendue qu'une grosse tête d'épingle; le reste du cristallin est parfaitement transparent.

Du côté gauche, l'opacité occupe un espace plus considérable.

A part les points que nous venons d'indiquer, toute la partie du globe oculaire que l'on peut apercevoir à travers la cornée est d'une coloration brun-noirâtre uniforme. *L'examen le plus attentif ne peut y découvrir le moindre vestige d'iris.*

Un des rédacteurs de la *Gazette médicale de Paris* analyse ainsi (n° 22) les réflexions dont M. France, accompagne cette observation :

« On pourrait, dit l'auteur, objecter que les obstacles qui rendaient l'examen de l'œil difficile ont fait prendre pour une absence de l'iris ce qui ne serait qu'une coloration très-foncée de cette membrane, accompagnée de mydriase. Mais l'existence de la cataracte lève ces doutes : car si on regarde obliquement dans le fond de l'œil, on aperçoit le point blanc qui existe sur la capsule, et on continue de le voir distinctement jusqu'à ce qu'on se soit placé tellement de côté que la sclérotique vienne s'interposer entre l'œil de l'observateur et le bord de la cornée de la malade. Cette expérience prouve clairement qu'il n'existe aucun corps, aucune membrane, entre la cornée et la capsule cristalline.

M. France termine sa communication par ces deux questions : Y a-t-il lieu d'opérer les cataractes? Peut-on apporter quelque remède à l'absence de l'iris? Quant à la première, la vue étant actuellement suffisante pour les besoins de la malade et l'opacité très-peu prononcée, il ne pense pas que l'opération soit indiquée pour le moment.

Relativement aux moyens de suppléer à l'iris, l'auteur

fait observer que cette membrane a, dans l'acte de la vision, trois offices distincts. D'abord elle prévient l'entrée d'une trop grande quantité de lumière dans l'œil; cette fonction, que le clignement continuel des paupières remplit ici d'une manière incomplète, pourrait certainement être rendue plus parfaite par quelques moyens appropriés. En second lieu, l'iris sert à favoriser la vue à diverses distances, et aucun moyen artificiel ne peut le suppléer sous ce rapport. Enfin, il empêche la confusion de la vue qui résulterait de l'introduction des rayons obliques; or, deux tubes, noircis à l'intérieur (semblables aux lunettes de spectacle), rendraient à peu près le même service.

Seulement, il est évident que, n'étant pas placés dans l'intérieur de l'œil, comme l'iris, ils ne pourraient pas remplir exactement le rôle de cette membrane.

L'auteur rappelle encore que M. d'Ammon, qui a observé plusieurs cas de ce genre, a aussi noté la coloration bleuâtre de la sclérotique, le défaut de développement des cils et la formation plus ou moins prompte des cataractes.

Nos propres observations et l'examen des faits de ce genre que rapportent les auteurs, montrent que les phénomènes existants dans le cas de M. France accompagnent très-fréquemment l'absence d'iris. Nous avons vu, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, conjointement avec M. Pétrequin, un homme âgé de plus de 30 ans qui présentait, outre le défaut complet d'iris, une opacité prononcée du cristallin, et le spasme des paupières, ainsi que le tremblotement du globe oculaire. M. A. Focachon cite ce cas dans sa thèse inaugurale (Thèses de Strasbourg, 1840, n. 63). Parmi les exemples de la même disposition qu'on trouve rassemblés dans cette intéressante monographie, il en est quatre où le manque d'iris a coïncidé

avec la cataracte : ce sont les faits de MM. A. Roux, de Madrid (Thèses de Paris, 1826), Lusardi (Mémoire sur la cataracte, p. 25), qui en cite deux, et Baratta. Cette coïncidence singulière est précieuse pour le diagnostic; car, ainsi que le fait remarquer M. France, et que M. Focachon l'avait dit du reste avant lui, si l'on aperçoit distinctement dans l'œil un fond blanchâtre aussi large que la cornée, il devient évident que l'absence de l'iris est bien réelle, et n'est simulée ni par une rétraction des fibres de cette membrane ni par sa coloration anormale en noir, comme l'avaient prétendu quelques auteurs. Sous ce rapport donc, la confusion n'est pas possible; mais il est une question intéressante, indécise encore parmi les pathologistes, et dont cette fréquence de la cataracte dans le cas d'iridérémie nous paraît très-propre à éclairer la solution. Nous voulons parler de la cause première de la cataracte, c'est-à-dire du changement qui s'opère dans la vitalité du cristallin et d'où résulte le défaut de transparence. Deux opinions se partagent aujourd'hui les esprits à cet égard : les uns (Sanson) paraissent croire que la cataracte dépend d'une irritation prolongée du cristallin ou de la capsule ; d'autres (Delpech) en font au contraire une mortification du cristallin. Sans admettre complétement les idées du professeur de Montpellier, on ne peut du moins nier que de fortes raisons ne militent en faveur de la manière de voir à peu près analogue de Marc Ant. Petit, qui regardait la cataracte, non comme une maladie mais comme une altération naturelle aux vieillards et due aux progrès de l'âge. En effet, on sait que la lentille devient en général d'un jaune ambré chez les personnes avancées en âge et que ce changement de teinte commence toujours par le centre, c'est-à-dire par le point que traversent le plus de rayons lumineux. Une autre considération vient encore

corroborer celle-ci : c'est que les sujets chez lesquels le cristallin devient le plus fréquemment opaque (verriers forgerons, cultivateurs, etc.), sont ceux qui ont été par leur profession exposés à un excès d'exercice de la vue, et, par conséquent, à une véritable vieillesse anticipée de son organe. Enfin, les observations que nous avons réunies achèvent, ce nous semble, de confirmer ces présomptions, en montrant une opacité, et le plus souvent une opacité centrale du cristallin, liée à cette conformation anormale de l'œil où nul obstacle ne vient diminuer le nombre des rayons lumineux qui traversent la lentille, où, par conséquent, celle-ci a nécessairement beaucoup plus *à travailler* comme on pourrait le dire suivant une expression vulgaire, mais bien propre à peindre notre idée.

Parmi les circonstances intéressantes que contient l'observation de M. France et qui se retrouvent dans d'autres cas du même genre, nous signalerons encore la difficulté de regarder les objets situés en haut, phénomène que Guthbier (*Dissertation sur l'iridérémie*, 1833) attribue à ce que la paupière supérieure, habituellement contractée, a perdu la faculté de s'élever assez pour découvrir entièrement le globe oculaire. Chez les personnes atteintes de ce vice de conformation, la vision est ordinairement plus distincte dans un demi-jour. Il est même des sujets (et M. Focachon en cite trois exemples, loc. cit) qui jouissent de la faculté de voir les objets dans l'obscurité.

Si la plupart de ceux auxquels l'iris manque complétement peuvent, quoique myopes, y voir assez bien pour les besoins usuels de la vie; si quelques-uns même, ainsi que l'a observé une fois M. Pétrequin, parviennent à lire et à écrire, il ressort évidemment de là que l'iris n'a d'autres fonctions que de favoriser la vue à diverses distances, et de mettre obstacle à un abord trop considé-

rable de rayons lumineux dans l'œil, mais qu'il n'est point un des organes essentiels de la vision. Le moyen que M. France propose pour remédier à cette infirmité à l'aide de verres dont le centre seul est laissé transparent, est aussi simple qu'ingénieux.

Aussi il est juste de dire que M. Lusardi l'avait déjà publié et appliqué avant lui, avec un plein succès, sur une jeune fille de 16 ans qu'il avait opérée de la cataracte, et chez laquelle il remédia de cette manière à une absence congénitale de l'iris (1).

11. *Vice de conformation de la sclérotique.* — Le docteur Fleischmann, professeur à la Faculté d'Erlangen, a rencontré un vice de conformation de la sclérotique, qui n'avait pas encore été observé (*Journ. für Ch. und Aug.* liv. 3, p. 413). L'œil droit atrophié, d'une vieille femme, ne laissait plus voir la moindre trace de cornée, bien que, comme dans un cas décrit par Himly (*Ophth. Beob. Bremen* 1801, st. 1, p. 113) la sclérotique ne fût point affaissée, et parût occuper la place de la cornée, où elle présentait un aspect bleuâtre. Au milieu de cette partie d'un blanc sale ou bleuâtre, s'élevait une bande d'un noir pâle, longue de 5 lignes et large en sa partie moyenne de 1 ligne, que l'on reconnaissait pour une cicatrice à extrémités aplaties.

Après que la sclérotique eût été soigneusement enlevée, apparut une seconde cornée opaque, entièrement formée, placée dans l'intérieur de la pre-

(1) M. Cunier a eu recours, avec succès, au même moyen, après avoir éloigné la cataracte. (*Annales d'Oculistique*, décembre 1842, p. 151.)

mière, ainsi donc de moindre dimension et pourvue, comme celle-ci, d'un enduit pigmenteux. Ces deux sclérotiques n'étaient pas confondues ensemble, mais seulement contenues l'une dans l'autre. L'intérieure saisissait l'iris dégénéré et atrophié, et formait par son adhérence avec cette membrane deux cavités, contenant un peu de liquide, dont l'une, placée à droite, avait 4 lignes de longueur sur 2 de large, et l'autre, située à gauche, 2 lignes de longueur sur 2 $^{1}/_{2}$ de large.

Il n'existait pas de traces de corps vitré et de cristallin. Le nerf optique, *plat*, traversait les deux sclérotiques. La rétine, ratatinée et épaissie, formait une cavité vésiculeuse renfernant du liquide. La face interne de la sclérotique interne, était tapissée par la choroïde, dont une partie prolabait par la pupille et adhérait à la marge de celle-ci et à la cicatrice dont il a été question plus haut.

On reconnaissait dans la partie antérieure de la sclérotique externe la cornée encore un peu translucide et traversée par une cicatrice.

L'absence du corps vitré et du cristallin, l'état de la rétine et de la choroïde, le trouble de la cornée, étaient sans contredit la suite d'une blessure de l'œil; l'existence d'une sclérotique double, avec un seul iris et une seule cornée, constitue une anomalie des plus curieuses et qui n'avait pas encore été observée.

L'œil gauche ne présentait aucune particularité.

12.) *Colobôme congénital de la paupière supérieure.* — M. d'Ammon rapporte un cas de tumeur congénitale de la sclérotique compliquée de colobôme de la paupière supérieure; celle-ci était fendue jusqu'au bord orbitaire de telle manière que la fente palpébrale formait un triangle bordé de cils. Cette

observation complète la série de colobômes de la paupière supérieure représentés pl. II, 3e partie des *Klinische Darstellungen* de M. d'Ammon, qui considère ce vice de conformation comme le résultat d'un arrêt de développement. A l'appui de son opinion, l'auteur donne la figure et le grossissement à la loupe des yeux d'un fœtus de trois mois chez lequel la paupière supérieure fendue forme un triangle par sa réunion avec l'inférieure. (*Journ. für Chir. u. Augenh.*, n° 1.)

13. *Opacité de la cornée, par arrêt de développement.* — M. Albers (*Canstatt's Jarhresbericht* p. 6.) cite un cas remarquable de non-transparence de la cornée des deux yeux observé sur un enfant de trois mois. La cornée était d'un blanc bleuâtre; les pupilles irrégulières étaient visibles et mobiles; les deux yeux étaient petits et nullement développés. Depuis la naissance ils étaient devenus plus clairs. C'était bien là un arrêt de développement du genre de ceux décrits par M. d'Ammon (*Ann. d'Oculistique*, VI, p. 184).

14.) *Traités d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés en* 1842.

A. BAROW, *Beitraege zur Physiologie und Physik des menschlichen Auges. mit kptf. Berlin, Hirschwald.*

P. PICKFORD, *Beitraege zur Kenntniss des Sehéns, in subjectiver Hinsicht. Heidelberg, Mohr.*

S. PAPPENHEIM, *Die specielle Gewebelehre des Auges, mit Rücksicht auf Entwickelungs-geschichte und Augenpraxis*, Nebst Beilagen und 4 steindrucktfln. Breslau, Aderholz.

Nous n'avons reçu qu'un seul de ces trois ouvrages, celui de M. Pappenheim, mais trop tard pour

pouvoir en prendre connaissance et en donner l'analyse.

15.) *Travaux publiés dans les Annales d'Oculistique.* — Nous signalerons en première ligne les recherches de M. Sichel sur l'anatomie pathologique du glaucôme et sur l'application du résultat des dissections à l'explication de la teinte verte du fond de l'œil dans cette maladie; le travail du même savant sur l'anatomie pathologique de la cataracte; le mémoire couronné de M. le docteur Hoering sur le siége et la nature de la cataracte; les remarques de cet ophthalmologue sur l'anatomie de la capsule du cristallin; la lettre de M. Szokalski sur la structure de la lentille; la description donnée par M. Bonnet des muscles et aponévroses de l'œil. M. Guépin a traité de l'influence de la lumière sur l'œil. Ce médecin a rapporté un cas d'absence congénitale des yeux, M. Mess une observation de colobôme de l'iris, et M.Cunier une observation de colobôme congénital de la paupière inférieure; M.Scherrer a fourni une note pour servir à l'histoire de la capsule fibreuse de l'œil. Enfin, M. Szokalski a longuement analysé et commenté le mémoire de M. Huschke sur la rotation de l'œil sur son axe; M. Cunier a extrait de l'ouvrage de M. Gluge (*Anatomischmikroskopische Untersüchungen*) les remarques de ce professeur sur la mélanose de l'œil et l'*iridoplasma.*

Les nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de la vision binoculaire, de M. Ch. Whaetstone, ont été imprimés dans le 1er fascicule du 2e volume supplémentaire.

Une revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires publiés pendant les années 1840 et

1841, est venue combler la lacune que présentaient les volumes parus pendant ces deux années. L'auteur de cette *Revue*, M. le docteur Fleussu, n'a rien négligé pour la rendre complète.

15.) *Desiderata*. — M. d'Ammon conseille aux *Annales d'oculistique* de consacrer un plus grand nombre de pages aux travaux d'anatomie et de physiologie oculaires (*Journ. für Chir. u. Aug.*, n° 1, p. 155). L'énumération qui précède prouve qu'avant même d'avoir reçu ce conseil, pour lequel il témoigne d'ailleurs toute sa reconnaissance à son illustre confrère, M. Cunier avait compris qu'il était devenu nécessaire de combler la lacune que présentait sa publication. La bonne amitié de M. Fleussu lui est venue en aide ; ce collaborateur a bien voulu se charger de combler l'arriéré qui existait dans le compte-rendu des travaux sur l'anatomie et la physiologie de l'œil, arriéré également survenu pour les publications ophthalmologiques, en général, à cause du grand nombre de matériaux originaux qui avaient absorbé les colonnes du journal et mis dans l'obligation de publier un volume supplémentaire.

§ II. Maladies des organes lacrymaux.

1. *Encanthis inflammatoire*. — M. Cunier. (*Ann. d'oc.* VII, p. 9) a observé un cas de cette affection. La projection d'une paillette de fer avait déterminé l'inflammation de la caroncule lacrymale ; le corps étranger a été éloigné et tout est rentré dans l'ordre.

2. *Encanthis fongueux*. — M. Bouchacourt a consigné dans les *Mémoires de la Société médi-*

cale d'émulation de Lyon (1842 1er v.) l'observation suivante d'encanthis fongueux d'un volume considérable, qui a nécessité l'extirpation partielle de l'œil :

« Madame B..., âgée de 67 ans, de Saint-Jean-le-Vieux (département de l'Ain), jouissant habituellement d'une bonne santé, mère de plusieurs enfants, n'ayant jamais éprouvé aucune maladie des yeux, s'aperçut au commencement de 1840 qu'une tumeur rouge, grenue, indolente, se développait à l'angle interne de l'œil droit, précisément au niveau de la caroncule lacrymale. Bientôt celle-ci, qui ne semblait d'abord qu'hypertrophiée, fit une saillie prononcée entre les deux paupières, se prolongeant en devant et en dedans.—Indolente au début, elle fut traversée plus tard par des éclairs de douleurs, et vint à saigner au moindre contact. Lorsque M. B. vit la malade au mois de juin 1840, il lui conseilla de se faire débarrasser de cette tumeur sans attendre plus longtemps; elle ne put s'y décider sur le champ ; mais au bout de quelques mois, elle prit le parti de venir à Lyon pour se soumettre à l'opération.

« M. B. la revit alors, c'était en janvier 1841. La caroncule lacrymale avait pris un développement excessif, elle occupait toute la largeur de la paupière inférieure qu'elle refoulait en bas et derrière elle, se prolongeant en haut et en dehors sur la face antérieure de l'œil qu'elle embrassait dans ses prolongements si notablement élargis. La cornée devenue opaque était presque entièrement couverte et notablement élargie. Il est inutile de dire que la vue de ce côté était entièrement perdue.—Les douleurs sont vives, lancinantes, s'étendant au front de ce côté; la malade maigrit, a perdu le sommeil. Il s'écoule parfois du sang à la surface de la tumeur. Le moindre

contact renouvelle les douleurs et l'écoulement sanguin.

« La malade était décidée à tout souffrir pour se soustraire aux vives douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs mois et aux dangers qu'amènerait inévitablement l'extension de sa tumeur. M. B. prit jour pour la lui enlever, et il y procéda le 3 février, assisté de M. Lacour, interne des hôpitaux.

« A l'aide de forts ciseaux courbes, il réséqua d'abord toute la portion saillante de la tumeur, après s'être assuré qu'en raison de sa mollesse, elle ne pouvait fournir de point d'appui aux airignes. Il s'écoula un peu de sang en nappe. Il reconnut alors que la paupière inférieure était tout à fait saine à sa face externe, à part une légère exulcération consécutive à la pression de la tumeur et à la présence des liquides irritants qui s'en écoulaient. Il n'en était pas de même près de son bord libre et à sa face interne : il fut besoin d'une dissection pénible et attentive pour la détacher entièrement. M. B. constata l'impossibilité de ménager l'œil, et il s'aperçut en même temps qu'en l'attirant à lui, il était possible de distinguer ce qui était sain dans son tissu de ce qui était malade. En conséquence, il en fit la résection avec les ciseaux courbes. Il y revint à deux fois pour ne rien laisser et il s'assura que le reste du moignon oculaire était sain. il enleva ensuite et de la même manière quelques portions indurées à l'angle interne; promenant ses doigts tout autour en haut, en bas, et sur les côtés de l'orbite, il examina avec la plus grande attention s'il restait quelques granulations, et après avoir laissé saigner près d'un quart-d'heure il s'occupa du pansement.

Il fut permis de bien reconnaître alors la nature cancéreuse de la tumeur ; son tissu était rougeâtre, pé-

nêtré de vaisseaux et renfermait dans ses mailles un suc blanchâtre que la pression faisait couler. La sclérotique et la cornée étaient confondues, épaissies, adhérant entre elles de la manière la plus intime.

On lava soigneusement le reste de l'œil et l'angle interne des paupières avec de l'eau tiède; puis on rapprocha les paupières saignantes comme les lambeaux d'une plaie et on les maintint réunies à l'aide de deux bandelettes agglutinatives se croisant sur l'œil; un plumasseau très-mou de charpie, recouvert par un second, puis d'un troisième appliqué sur elles et maintenu à l'aide de quelques tours de bande.

« L'appareil fut arrosé d'eau laudanisée, et la malade portée à son lit. (Eau sucrée avec addition de trente gouttes de laudanum de Sydenham, par cuillerée à bouche toutes les heures.)

« Le 4. La malade a dormi, elle souffre peu; douleur obtuse dans le front du côté malade; chaleur normale; pouls à soixante-douze, on continue la potion laudanisée toutes les deux heures.

« Le 5. L'appareil a été légèrement mouillé par un suintement sanguin, à peine existe-t-il une légère douleur dans la plaie, peau moite.—Pouls idem.

« Au premier pansement, fait le troisième jour, on laissa les paupières réunies par les bandelettes de diachylon, elles étaient légèrement gonflées; on renouvelle la charpie et le même appareil.

Du 5 ou 10. On n'eut pas à noter la moindre réaction inflammatoire jusqu'au 6; on continue l'eau laudanisée.

Le 10. Il y avait une légère couche purulente au bord libre des paupières qui était devenu adhérent, la réunion de leur face profonde semblait complète, quelques bourgeons charnus tendaient à proéminer vers l'angle in-

terne, seul mis à découvert, on les touche largement avec la pierre infernale. — Nouvelle cautérisation le 12.

« Le 14. Cette surface est rose, légèrement granulée, les végétations ont un bon aspect, ne sont ni saignantes, ni douloureuses, la surface libre des paupières est à peine rosée, la face profonde paraît entièrement unie avec le reste du globe de l'œil, dont les mouvements se dessinent encore à travers la peau qui le recouvre. La malade est dans le meilleur état possible, elle mange depuis plusieurs jours et est descendue de sa chambre au rez-de-chaussée. Elle quitte Lyon le 14, à cinq heures du soir.

M. B. eut de ses nouvelles depuis ce moment; sur sa recommandation expresse, un cautère a été établi à la cuisse. M. le docteur Pauly a deux ou trois fois promené le nitrate d'argent à l'angle interne de l'œil. La guérison ne s'est pas démentie.

«Madame B.... a pu reprendre ses occupations, et les douleurs ne sont jamais revenues.— « La malade dont je rapporte l'histoire, continue M. B., était affectée d'un encanthis fongueux, qu'un traitement simple n'aurait certainement pas fait disparaître, même dans le principe. Fallait-il songer d'abord à la ligature qui réussit à Purmann, ou à la cautérisation conseillée par Heister? Je préférai recourir immédiatement à l'extirpation, par plusieurs raisons : d'abord, à cause de l'étendue de la tumeur, de la largeur de sa base, de ses prolongements qui se seraient certainement dérobés à l'action du fil constricteur ; puis à cause de sa mollesse qui aurait permis une séparation facile dans le point serré, mais nullement un travail d'élimination dans les parties restées saines, s'il eût été possible d'aller jusqu'à elles. Je craignais en outre les hémorrhagies qui déjà commençaient à affaiblir la malade.

La masse à détruire par les caustiques ou le cautère

actuel était trop considérable pour ne pas nécessiter plusieurs applications successives. Elle tenait de trop près aux paupières, au globe de l'œil, pour que sa destruction ne fût pas suivie ou d'inconvénients ou de dangers. Toutes ces raisons nous décidèrent, M. Pauly et moi, à préférer l'extirpation.

« Je ne pouvais songer à conserver l'œil, une fois surtout que l'opération commencée me permit de suivre les racines du mal et de reconnaître de quelles difficultés s'accompagnait leur extirpation. — Mais je dus chercher à éviter une ablation complète du globe oculaire, opération bien autrement grave que celle que j'avais entreprise. La résection de l'œil se présenta à mon esprit comme terme moyen; elle se fit de la manière que j'ai précédemment indiquée. Le succès du moment et l'heureux résultat consécutif ont justifié ma conduite.

« Je ne voudrais pas sur ce fait établir un principe chirurgical, ni surtout l'appliquer aux cas qui réclament l'extirpation totale du globe de l'œil ; mais il sera bon de s'y conformer, je crois, dans le cas où le mal s'est étendu, des annexes de l'œil, *tutamina oculi*, au globe de l'œil lui-même. — Le rôle de barrière que joue souvent dans les affections cancéreuses le tissu fibreux, ne doit pas être oublié, non plus que les idées éminemment pratiques de M. Lisfranc sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds.

L'auteur ne donne pas l'extirpation partielle de l'œil comme une nouveauté chirurgicale. — Ce qui lui a semblé nouveau et ce qu'il regarde comme important dans le manuel opératoire qu'il a suivi, c'est le soin de réunir par première intention, de convertir la plaie de l'œil en une plaie sous-cutanée,

pour ainsi dire, à la faveur de la réunion prématurée des paupières au devant de lui.

Quant à l'heureuse influence des lotions et des applications laudanisées, de l'administration du laudanum à l'intérieur, faut-il lui rattacher l'absence complète des accidents inflammatoires? M. Bouchacourt y serait autorisé, dit-il, par l'exemple des chirurgiens anglais, par celui plus récent de M. Malgaigne; mais il aime mieux en faire partager les avantages à la réunion immédiate, et conseiller l'un et l'autre soins.

Neuf mois se sont écoulés depuis l'époque où cette opération a été pratiquée, et l'absence complète de tout accident, de récidive, doit donner de grandes garanties pour l'avenir.

3. *Tumeur du sac lacrymal.* — M. Cunier (*Ann. d'Oc.* VII, p. 205) a rencontré plusieurs fois cette affection chez des scrofuleux; il a combiné le traitement local avec l'emploi de moyens altérants. Il a signalé en même temps un cas de polype du sac lacrymal.

4. *Fistule du sac lacrymal.* — M. Adde a été appelé à donner des soins à une petite fille pour une fistule lacrymale qui « se manifestait, ce sont ses expressions, par un abcès considérable qui se renouvelait tous les ans ou même tous les six mois. » Le sujet affecté de cette fistule, ou plutôt de cette tumeur, qui devenait *fistule du sac lacrymal*, était un enfant de neuf ans, d'un tempérament lymphatique. La tumeur ayant été ouverte, M. Adde maintint l'ouverture béante au moyen de mèches de charpie, fit des injections avec une décoction de guimauve; il dilata ensuite le canal avec une sonde en argent et une bougie en gomme élastique. La malade fut ensuite mise à l'usage interne d'une solution des pré-

parations d'iode et après 7 mois la guérison était complète. Trois ans plus tard, nouvelle rechute, même traitement suivi de succès. (*Journ. des Conn. médicales*, mars, p. 162.)

M. Lisfranc (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 131) trouve que la fistule lacrymale est toujours guérissable sans opération par le traitement antiphlogistique et résolutif *local*. « Il distingue toujours, dit-il deux états ou plutôt deux degrés différents dans l'inflammation : l'inflammation franche et la sub-inflammation, ou inflammation sub-aiguë. » En appliquant cette distinction à l'inflammation de la muqueuse oculo-nasale, M. Lisfranc commence par abattre cette inflammation à l'aide des moyens convenables; il emploie à cet effet des sangsues, des cataplasmes, des collyres émollients, etc; de cette manière il convertit l'inflammation aiguë en une inflammation sub-aiguë ou chronique. Alors il dirige le traitement contre cette sub-inflammation, ce qu'il fait au moyen de révulsifs intestinaux, des collyres plus ou moins astringents, de fumigations avec une décoction de sureau, de romarin, ou d'autres substances végétales aiguisées avec un peu d'alcool, pour les rendre plus actives. M. Lisfranc dit être arrivé à guérir plusieurs malades qui, entre les mains d'autres chirurgiens, eussent probablement été soumis à une opération.

M. Benedict (*Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde*, 1842, p. 135) s'est occupé longuement du traitement de l'inflammation et de la fistule du sac lacrymal, qui doit varier toujours selon les causes productrices du mal. Nous voudrions pouvoir conseiller à M. Lisfranc la lecture du travail du professeur de Breslau.

M. Huzard a lu à l'Académie de médecine de Paris

un rapport sur un travail de M. Lemaître, dans lequel se trouve comprise une observation de fistule lacrymale. Il s'agissait d'une petite fille de 5 ans, qui, depuis sa naissance, porte sur chaque joue, sur le trajet du sac lacrymal, à 3 ou 4 millimètres au-dessous de la commissure des paupières, une ouverture fistuleuse par laquelle sortait de temps en temps une gouttelette de liquide transparent. M. Lemaître demandait à l'Académie s'il convenait d'opérer; il lui a été écrit que ce corps savant n'avait pas mission de répondre aux questions qu'on lui soumet sur des cas particuliers de pratique. D'après M.Blandin,cette observation « pourrait bien être un exemple de fistule du conduit lacrymal inférieur, cas très-rare, quoique Morgagni en ait cité un exemple. » Sur la proposition de M. Bégin, M. Lemaître a été prié de donner des détails plus circonstanciés sur le fait dont il a été témoin. (*Gaz. Méd. de Paris*, n° 1.) Jusqu'à ce jour, il n'a pas répondu à l'invitation de l'Académie.

Nous trouvons dans le *Schmidt's Jahrbücher*, XXXIII, p. 98, la traduction d'un mémoire de M. Duval sur une modification apportée à la canule de Dupuytren pour la fistule lacrymale. Déjà, en mai 1840 (vol. III p. 95) les *Annales d'Oculistique*, ont fait connaître cette modification d'après le *Jornal da Sociedade de Sciencias medicas da Lisboa*.

5. *Calculs lacrymaux*.—M. Cunier donne la relation, dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines*, de deux cas de calculs développés dans des canules placées dans le canal nasal; il cite deux autres faits qui lui ont été communiqués, l'un par M. Stiévenart, l'autre par M. Thibou. Ces faits sont donnés par M. Cunier comme des exemples de diathèse calculeuse; M. Bulc-

kens les a envisagés sous le même point de vue. (V. *Archives de la méd. belge*, juillet 1842.)

L'observation d'un calcul extrait du conduit lacrymal droit a fourni à M. Desmarres (*Ann. d'Ocul.*, VII, p.149; VIII, p. 85 et 201) l'occasion d'entrer dans les plus judicieuses considérations sur la production des calculs lacrymaux et sur la nécessité de leur donner un nom et de les classer dans les cadres nosologiques. Ce laborieux confrère a rassemblé et commenté les faits épars sur la matière. Son travail est ainsi venu combler une véritable lacune.

La *Belgique médicale* (n° 2) rend compte en ces termes d'une communication faite par M. Phillips à l'Académie royale de médecine de Belgique, le 26 décembre 1842 :

» Dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine, M. le docteur Phillips a communiqué, en son nom, et au nom de M. le docteur Cunier, l'observation d'un calcul trouvé dans le canal nasal. Il s'agit d'un malade rhumatisant, et atteint d'une rhinite chronique, qui s'est aperçu il y a dix-huit mois qu'une petite tumeur, dure, indolente, de la grosseur d'un petit pois, s'était formée dans la région du sac lacrymal du côté gauche. Peu à peu cette tumeur disparut derrière le rebord orbitaire. Quelques mois plus tard, il se manifesta une tumeur lacrymale, qui s'abcéda. Un chirurgien de Liége, consulté, fit l'opération de la fistule lacrymale, et engagea dans le canal nasal une canule en plomb ; celle-ci ne pénétra qu'à deux lignes et ne put être supportée ; une seule fois, quelques gouttes de l'injection, pratiquée par le canal, pénétrèrent dans la narine.

« En septembre dernier, le malade s'adressa à

M. le docteur Cunier ; la fistule s'ouvrait alors à deux lignes au-dessous du rebord orbitaire, la peau était décollée jusqu'au-dessus de l'attache tendineuse de l'oblique. L'ouverture extérieure fut agrandie, et MM. Cunier et Carron du Villards introduisirent dans le canal nasal une corde à boyau qui s'arrêta à deux lignes environ dans le conduit. Dès le deuxième jour, M. Cunier parvint à faire pénétrer la corde dans la narine, en roulant son extrémité libre dans les doigts. Ce moyen, mis en usage pendant quelque temps, rétablit le cours des larmes, et bientôt la cicatrisation de la plaie eut lieu ; la guérison parut complète.

« Le malade avait quitté Bruxelles depuis huit jours, lorsque le matin, en se regardant dans la glace, il s'aperçut qu'un suintement avait lieu ; il s'en revint aussitôt chez M. Cunier, qui se hâta de débrider et de donner issue à une collection purulente qui s'était formée en arrière du sac. La difficulté que lui et M. Carron du Villards avaient rencontrée lorsqu'ils avaient traversé le canal, la marche insolite du mal, l'engagèrent à réclamer l'assistance de M. Phillips.

« La nécessité d'un nouveau débridement et de la dilatation du canal par la corde à boyau fut reconnue ; un stylet, engagé dans le canal, s'arrêtait à 2 lignes, contre un obstacle qu'il ne pouvait franchir. La pointe du bistouri venait heurter cet obstacle. La sensation éprouvée par le malade, le son produit par le stylet, démontrèrent à MM. Phillips et Cunier qu'ils avaient affaire à un calcul, qui, en se reportant au commémoratif, s'était sans nul doute formé dans le sac, et s'était engagé ensuite dans le canal nasal. Les efforts pour le pousser dans la narine étant demeurés sans résultat, force fut de

le broyer sur place, au moyen du stylet et du mandrin qui sert à introduire et à retirer la canule de Dupuytren. Lorsque son volume eût été convenablement réduit, l'emploi de la sonde de Deleau pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, instrument qui fut choisi à cause de sa forme, réussit à le faire arriver en fragments dans le nez. Le canal fut dilaté pendant 15 jours, d'abord à l'aide d'un fil de soie, puis d'une chanterelle et d'une corde de *ré ;* la cicatrisation de la plaie externe s'est ensuite promptement opérée et la guérison peut être regardée comme certaine.

» Le calcul rencontré dans ce cas par MM. Phillips et Cunier n'appartient pas à la classe des *rhinolites*, ou pierres formées dans le canal nasal, mais bien à celle des calculs du sac lacrymal. D'après M. Desmarres (*Annales d'Oculistique*, novembre 1842), la science ne possède que quatre observations de cette dernière variété ; elles ont été recueillies l'une par Lachmund, (p. 72), la seconde par Schmucker (*Vermischte chirurg. Schriften*), la troisième par Krimer (*Journ. für Chir. und Aug.* 1827), et enfin la quatrième par Leramier (*Revue méd.*, 1824).— La pierre, formée dans le sac, a dû s'engager dans le canal ; la canule de plomb l'aura chassée vers l'orifice nasal ; la corde à boyau introduite par MM. Cunier et Carron aura pu se frayer un passage, *toujours difficile*, entre le calcul et la muqueuse ; ce passage s'est bientôt oblitéré, une nouvelle tumeur lacrymale s'est manifestée et a nécessité l'opération qui a permis de détruire par broiement le corps étranger cause du désordre. — Ces diverses circonstances rendent excessivement curieux et intéressant le fait communiqué à l'Académie par MM. Phillips et Cunier. »

Cette [illegible] les *Annales d'[illegible]*.

6. [illegible] — [illegible] vouloir [illegible] (*Journ.* [illegible] [illegible] rature [illegible] Schmidt [illegible] que jamais [illegible] sa pratique [illegible] jamais [illegible] affection [illegible] Villards (*[illegible]*) [illegible]
« Je n'ai jamais rencontré [illegible]
» [illegible]
» de la [illegible]
» tique. » [illegible] nous n'avons [illegible] l'occasion [illegible] a parlé Schmidt.

§ III. Maladies de l'orbite.

1. *Inflammation du tissu cellulaire.* — [illegible] trouve dans les *Annales d'oculistique* [illegible] l'histoire d'une inflammation [illegible] de l'orbite, déterminée par la présence [illegible] de bois qui fut extrait [illegible] mier. Les accidents qui avaient plusieurs fois compromis la vie du malade cessèrent [illegible] après que le corps étranger eut été [illegible].

2. *Athérôme.* — M. le professeur [illegible] (*[illegible] Med. Wochenschrift*, 1842, nº 1) a rencontré une exophthalmie due à un athérôme de l'orbite ; il insiste à ce propos sur la nécessité, dans les tumeurs intra-orbitaires entretenant l'exophthalmie, de recourir toujours à une ponction exploratrice ; dans ce cas

on avait cru à une affection maligne et l'extirpation avait été proposée.

Un tumeur de même nature a été extirpée, également avec succès, par M. Hauser, professeur à l'université de Olmütz. (*Neumeister's Repertorium*, janvier, p. 174.)

M. Kampmann, vétérinaire à Landsberg rapporte (*Magazin für die gesammte Thierheilkunde*) l'observation d'une exophthalmie dont était affectée une vache, et qu'il croyait due à une exostose. Il proposa l'extirpation, mais on n'y consentit pas. L'animal fut livré à la boucherie. M. Kampmann enleva l'œil; au lieu d'une exostose, il trouva un athérôme de la grosseur du poing, enveloppant le nerf optique, adhérant à la face postérieure du globe, et remplissant toute la cavité de l'orbite. Deux tumeurs de même nature existaient « dans les parois abdominales, vers la région ombilicale; elles étaient chacune du poids de six livres. « Il en a été trouvé dans l'utérus, dans les feuillets du mésentère, et dans les reins.

5. *Hygrôme.* — Le cahier de septembre de la *Zeitschrift für die gesammte Medicin* de M. Oppenheim, renferme une observation de cette maladie, rapportée par M. le docteur Dornblüth, de Plau. Il s'agit d'une fille de 22 ans, ayant toujours été bien portante, qui contracta, en août 1840, une ophthalmie rhumatismale contre laquelle elle mit en usage des calmants employés à l'intérieur et enfin une sangsue qui fut appliquée à l'angle externe de la paupière inférieure. Cette application eut pour résultat de déterminer la tuméfaction de cette paupière; l'œil rougit, les douleurs devinrent plus violentes; des onguents divers furent employés sans produire d'amélioration ; cette fille fut bientôt obli-

gée d'entrer dans un hôpital où elle fut traitée infructueusement pendant plusieurs mois. En février 1841, elle s'est présentée à M. Dornblüth dans l'état suivant : l'œil était porté vers l'angle externe au-dessus du rebord orbitaire, la paupière supérieure fortement enflammée recouvrait plus de la moitié de la cornée, qui paraissait entièrement transparente ; la pupille était dilatée et immobile. Depuis le mois d'octobre 1840, la vue était tout à fait perdue; la conjonctive de la sclérotique était rouge, tuméfiée, dure. La tumeur s'étendait depuis le nez jusqu'à l'apophyse zygomatique, formant comme une masse charnue, unie, un peu luisante, du volume d'un œuf de poule. Un dessin est joint à la narration. Les larmes et des mucosités s'écoulaient par l'angle interne. La malade, fortement amaigrie, ressentait des douleurs atroces dans l'orbite ; depuis plusieurs semaines elle n'avait plus de sommeil; le pouls donnait 90 pulsations ; l'examen à la loupe démontrait de la manière la plus certaine que l'intérieur de l'œil était sain, la maladie devait donc résider dans l'orbite. Une ponction exploratrice eut lieu ; immédiatement après, une incision pratiquée donna issue à une grande quantité de liquide séreux, clair, qui coula toute la nuit et amena une diminution assez notable de la tumeur. Le second jour, en explorant la tumeur, on reconnut que sa paroi avait plus de deux lignes d'épaisseur et était d'une texture tendineuse très-résistante ; une sonde introduite dans son ouverture pénétrait à deux pouces et demi dans l'orbite et faisait sortir du sac de la lymphe troublée. Un bourdonnet fut placé dans la plaie et un bandage compressif employé. Immédiatement après l'operation les douleurs avaient diminué, et la tumeur également. Le 5e jour le bour-

donnet fut chassé au dehors par l'écoulement de la sérosité; il entraîna avec lui un sac haut de 2 pouces, d'une égale largeur, épais de plus d'une ligne et entièrement transparent. L'œil rentra peu à peu dans l'orbite et reprit sa place. Le huitième jour la plaie était cicatrisée. Un ectropion de la paupière inférieure qui persistait, fut traité par la cautérisation. En mai, le globe avait sa forme et sa position normales, les paupières étaient parfaitement mobiles; la vue est demeurée perdue.

4.) *Tumeurs érectiles.* — Trois observations de tumeurs érectiles développées dans l'orbite ont été consignées par M. Dieulafoy dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse.* Ce recueil n'étant pas en notre possession, force nous est d'emprunter à l'*Examinateur médical* (nº 26) l'analyse du travail de notre confrère de Toulouse.

« L'auteur commence par poser en fait qu'il n'y a pas deux espèces de vaisseaux capillaires, comme le pensait Bichat, et qu'on peut, avec M. Roux, distinguer les tumeurs érectiles en *veineuses* et en *artérielles.* Puis il rapporte trois cas de tumeurs érectiles de l'orbite. — La première existait chez un enfant, sous la paupière supérieure droite, et elle augmentait considérablement lorsque cet enfant poussait des cris : M. Vignerie fit l'opération (on ne dit pas laquelle) et l'enfant guérit très-bien. — La deuxième existait également sous la paupière inférieure droite, et l'œil chassé en dehors avait perdu la faculté de voir. Le chirurgien, malgré le danger de l'extirpation chez un enfant de 3 ans, ne vit pas d'autre ressource. Il fit une incision semi-circulaire, à convexité inférieure, qui s'étendait de l'angle externe à l'angle interne, et dépassait le

rebord de l'orbite. Le lambeau étant disséqué, il se composait de la peau, du muscle et du tissu cellulaire; la conjonctive qui se réfléchit de l'œil sur la paupière fut respectée, le tissu érectile ne parut point à nu; il était contenu dans l'orbite par un fascia très-bien organisé qui adhérait au rebord orbitaire. Ce fascia soulevé, il fut aisé de reconnaître la maladie qui fut enlevée par des pinces et des ciseaux, et *le fond de la tumeur fut enlevé*. Pour arrêter l'hémorrhagie qui était très-abondante, on tamponna avec un bourdonnet de charpie. Deux jours après, celui-ci fut enlevé, sans nouvelle perte de sang, et au moyen d'un bandage les lambeaux se réunirent immédiatement et ne formèrent qu'une cicatrice linéaire.

« Le 3e malade, âgé de 6 ans, avait une tumeur plus volumineuse; l'œil était presque hors de son orbite : même opération; on trouva le même fascia. Après la guérison il fallut recourir à une pression graduée et longtemps soutenue pour faire rentrer l'œil dans son orbite, et ce n'est que lorsqu'il eut repris sa place que la vue se rétablit.

« Plusieurs chirurgiens, et dernièrement encore MM. Jobert et Velpeau, ont, en pareil cas, fait la ligature de la carotide avec succès. Un fait qui nous a paru bon à noter dans les observations de M. Dieulafoy, c'est l'aponévrose dont il croit avoir vu le tissu morbide enveloppé. Il pense que ce tissu, formé par un développement des vaisseaux capillaires, est ordinairement enveloppé et circonscrit par une enveloppe fibreuse, comme le corps caverneux de la verge. Il serait utile de vérifier ce fait. Peut-être cette lame fibreuse qu'il a vue adhérer au rebord orbitaire, n'était-elle que l'aponévrose qui, de ce rebord, va se rendre au cartilage tarse. Il est

vrai que le chirurgien, à ce qu'il dit, était arrivé sous la conjonctive. »

M. Albers (*Canstatt's Jahresbericht*, p. 33) parle, en passant, d'un cas de tumeur érectile de l'orbite observé par M. Adams et dont la relation a été consignée dans le *Dublin Journal of medical sciences*.

5. *Plaie de l'orbite.* — *La Dublin medical Press* donne la relation du fait suivant, que nous reproduisons d'après la *Gazette médicale de Paris* n° 42; elle due à par M. Geoghegan.

Obs. — Un enfant de 4 ans s'amusait à faire tourner un cercle, lorsqu'il tomba, et le bâton pointu avec lequel il le poussait traversa la paupière et pénétra dans l'orbite, d'où il le retira lui-même, couvert de sang dans une étendue de près de 2 pouces. L'enfant n'éprouva d'abord aucun symptôme fâcheux; mais, au bout de trois heures, il tomba dans un assoupissement léger. Bientôt le délire, puis des convulsions se déclarèrent, et, malgré le traitement le plus actif, il succomba trente-deux heures après l'accident.

Autopsie. — Les enveloppes du cerveau paraissent saines dans toute leur étendue, à part une légère extravasation autour du nerf olfactif droit. La partie orbitaire du frontal offre une fracture. Dans le point correspondant du cerveau, on découvre à la surface inférieure du lobe antérieur, une déchirure formant l'extrémité d'une plaie qui pénètre en haut et en arrière, passe au dessus de la scissure de Sylvius et se termine à la partie inférieure du corps strié. La surface de ce trajet à travers la substance cérébrale était rouge et un peu ramollie. En examinant attentivement le crâne, on reconnut un fragment du bâton, d'un pouce de longueur sur un tiers de pouce d'épaisseur, qui s'était rompu dans le

trou optique et avait pénétré jusqu'au côté externe du nerf de même nom, déchirant en partie l'artère ophthalmique et le nerf pathétique, et touchant presque au bord postérieur de l'apophyse clinoïde.

§ IV. MALADIES DES PAUPIÈRES.

1. *Tumeurs enkystées.* — L'extirpation conseillée par la plupart des chirurgiens, est pour M. Velpeau (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 79) une opération minutieuse ; « il faut disséquer avec soin, et quelque précaution que l'on prenne, si l'on a affaire à un kyste, il se peut qu'on l'ouvre ; on est forcé de l'exciser, si l'on ne cautérise pas exactement, on s'expose à la récidive. Si la tumeur est concrète, l'opération est beaucoup moins délicate. Mais quand il s'agit d'un kyste, M. Velpeau pense que l'incision doit être préférée ; elle est moins douloureuse et d'un succès tout aussi sûr. Quelques personnes, pour pratiquer cette opération, tendent la tumeur avec les doigts ; d'autres placent le manche d'un élévateur entre l'œil et la paupière. M. Velpeau se sert tout simplement de deux pinces ; l'une est tenue par un aide, et il tient l'autre de telle façon que la paupière se trouve tendue et en même temps écartée du globe de l'œil : il incise, il expulse la matière, et il badigeonne la cavité avec le nitrate d'argent. »

2. *Trichiasis.* — Quelques remarques de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, VII, p. 16) prouvent que les moyens à employer pour combattre cette affection doivent varier suivant les cas ; chez deux malades dont le mal tenait à un relâchement des téguments palpébraux, il a eu recours à l'opéra-

tion qu'il pratique dans l'entropion ; chez un autre malade les orbiculaires spasmodiquement contractés ont été divisés par la méthode sous-cutanée ; la cautérisation de la conjonctive dégénérée a suffi dans un autre cas ; l'enlèvement d'un lambeau cutané, en forme de V, partant de 1 ligne en dessous du bord libre, combinée avec la réunion par la suture, a aussi été employée chez un de ses malades.

« M. Alessi ayant suivi pendant longtemps, à Naples, la clinique ophthalmologique du professeur Quadri, s'est assuré que les procédés, même les plus accrédités et les plus violents, proposés contre le trichiasis, tels que la cautérisation avec l'acide sulfurique, l'excision du bord libre des paupières, n'empêchaient pas toujours la maladie de persister. Il s'est occupé alors de chercher les causes de ces insuccès, et s'est trouvé naturellement conduit par cette investigation à préciser les différentes espèces de la maladie plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici ; ce qui explique les revers observés après l'emploi des meilleures méthodes, et met en même temps sur la voie d'un traitement plus rationnel et par conséquent plus généralement efficace.

« Le renversement en dedans des cils peut, suivant l'auteur, résulter de trois lésions bien différentes ; de là trois variétés de cette affection, aussi distinctes par leurs caractères que par le traitement qu'elles réclament.

« La première est le renversement dû au relâchement de la peau des paupières. Déterminé le plus souvent par une ophthalmie chronique, cet état de relâchement produit sur la direction des cils un effet que l'on peut facilement comprendre. La cautérisation par le procédé de Heling est ici le meilleur

moyen. L'auteur, qui en décrit le manuel opératoire avec beaucoup de détail, parle d'une pince qu'il a imaginée pour en simplifier l'exécution. Mais, comme il se borne sur ce point à une indication sommaire, nous ne pouvons indiquer ni le mécanisme ni les avantages de cet instrument, de l'emploi duquel il dit aussi avoir obtenu de bons résultats dans la pratique de toutes les opérations qui se font sur les paupières.

« La seconde variété de renversement des cils est celle que produit la déviation de leurs bulbes. M. Alessi pense que cette déviation succède le plus ordinairement à des abcès superficiels ou à des pustules qui se forment le long du bord du cartilage tarse; et l'on conçoit en effet que leur cicatrisation doit nécessairement entraîner un changement dans la direction des bulbes pileux ambiants. Le moyen auquel il accorde la préférence dans ce cas, est l'excision du bord de la paupière, ainsi que des bulbes cilifères. Une précaution qu'il ne faut jamais perdre de vue, dans les cas où la paupière supérieure et l'inférieure seraient malades, est de ne pas les opérer toutes les deux simultanément. Il pourrait en résulter, entre les deux bords maintenus affrontés pendant le sommeil, un commencement de réunion qu'on ne détruirait pas sans causer une douleur vive.

« Enfin, le renversement des cils en dedans peut encore être déterminé par un raccourcissement du cartilage tarse. Souvent, à la suite d'une suppuration des glandes de Méïbomius, le cartilage tarse se ramollit, et devenant dès lors incapable de conserver sa courbure naturelle, il subit comme un mouvement de rotation par suite duquel les cils sont portés contre le globe de l'œil. Un endurcisse-

ment, soit par engorgement simple, soit par incrustation de phosphate calcaire, peut s'emparer du cartilage ainsi dévié, et perpétuer à jamais cette disposition anormale.

« Pour remédier à cette dernière cause de renversement des cils, M. Alessi propose l'opération suivante : après avoir saisi le bord de la paupière malade, on fait à la peau une incision transversale au-dessus du cartilage tarse; puis avec un petit bistouri, on dissèque le bord supérieur de cette plaie dans une étendue aussi considérable qu'on le juge nécessaire pour obtenir le redressement de la paupière. Le lambeau cutané ainsi détaché est séparé d'un coup de ciseaux. Cela fait, l'opérateur pratique de dedans en dehors et de haut en bas, une incision transversale, qui divise la conjonctive palpébrale au-dessus du cartilage tarse. Après avoir lâché le bord de la paupière qu'on avait jusque là tenu avec la pince, il faut laisser reposer le malade pendant quelques instants. On termine enfin l'opération en réunissant par quelques points de suture les deux lèvres de l'incision faite aux téguments; et cette dernière manœuvre a pour résultat de faire basculer de dedans en dehors le cartilage tarse qui avait déjà été séparé de ses connexions avec la conjonctive, et qui est ainsi ramené dans sa direction naturelle.

Cette opération est ingénieuse, et quoiqu'on puisse à la rigueur la regarder comme composée en grande partie des procédés de Paul d'Egine et de ceux de MM. Crampton et Guthrie, à chacun desquels M. Alessi a emprunté un des temps du sien, il n'en reste pas moins à l'auteur le mérite d'avoir combiné les ressources qu'on possédait avant lui, de manière à constituer un moyen d'une efficacité sans doute

bien supérieure. Aussi, malgré la difficulté de son exécution, nous le conseillerons de préférence à toutes les autres méthodes, dans les cas, d'ailleurs assez rares, où il serait clairement établi que le trichiasis est dû à un raccourcissement du cartilage tarse (1). (*Il Filiatre Sebezzio*, déc. 1841.—*Gaz. méd. de Paris*, n° 10 p. 154.)

M. Pétrequin (*Gaz. méd. de Paris*, n° 12) a eu recours à une modification du procédé de Vacca Berlinghieri, mis en pratique avec prédilection par M. Flarer de Pavie. (Voyez *Annales d'Oculistique*, tome II.) M. Pétrequin regarde cette modification comme préférable au procédé de M. Jaeger, et surtout de Saunders (*extirpation du tarse*) et de Schreger (*excision du bord palpébral*).

Une femme avait une ophthalmie chronique, moins prononcée sur la conjonctive oculaire, résultat de l'irritation continuelle produite par le frottement des cils. Douleurs dans les mouvements du globe; épiphora; cornée terne; pupille resserrée; vue affaiblie. Paupières inférieures engorgées et œdémateuses; bords libres d'une rougeur intense; cils renversés en dedans, surtout en haut; en bas, ils sont en grande partie détruits. — M. Pétrequin a pratiqué sur la paupière inférieure une incision transversale d'un angle oculaire à l'autre, à une demi-ligne au-delà de la racine des cils; puis il a engagé la pointe effilée d'un bistouri dans l'épaisseur même du voile palpébral, derrière les bulbes ciliaires et en avant du cartilage tarse qu'il laissa intact. Il abaissa alors à chaque commissure une incision verticale qui réunit les deux précédentes,

(1) Voir l'appréciation de ce procédé, *Ann. d'Ocul.*, t. VII, page 17.

et lui permit d'enlever un petit lambeau quadrilatère, emportant avec lui les racines des cils. Des lotions tièdes favorisèrent l'écoulement sanguin ; une artère palpébrale fut tordue. (*Immobilité de l'œil, compression méthodique.*)

. La cure a été complète ; sauf l'absence des cils, on ne s'apercevait point qu'une opération chirurgicale avait été pratiquée.

Dans le cas suivant, M. Pétrequin (loc. cit.) a obtenu une guérison digne de remarque ; nous laissons parler ce chirurgien :

Obs. « La nommée Curtat Cadet, âgée de 36 ans, m'est adressée le 7 juin 1841, dans un état presque complet de cécité. A l'âge de 5 ans, elle a perdu, par la petite vérole, l'œil gauche, dont trois ans plus tard M. Bouchet fut obligé de pratiquer l'extirpation partielle, vers 1815. L'œil droit est myope ; il fonctionna bien jusqu'à l'âge de 27 ans, époque où survint une ophthalmie qui fut traitée et guérie par M. Gensoul ; en 1831, nouvelle ophthalmie suivie de taches kératiques et d'affaiblissement considérable de la vue. Elle fut traitée avec avantage par M. Bajard ; elle recouvra assez de vue pour lire ; les paupières avaient commencé à être affectées de trichiasis. On pratiqua plus de trente fois l'arrachement des cils ; l'amélioration n'était que momentanée. La malade continua chez elle ces opérations, dont elle évalue le nombre à cent.

« En 1838, ayant continué à perdre la vue, elle eut recours à l'électricité, avec un soulagement qui ne fut que temporaire. Elle se mit alors entre les mains de l'homœopathie ; la vue n'éprouva aucune modification heureuse, les douleurs seules furent calmées. Voici son état au 7 juin 1841 : les bords ciliaires sont déformés et

irréguliers ; les cils sont déviés en dedans et labourent continuellement la surface de l'œil; il y a une blépharite chronique avec conjonctivite oculaire : la cornée est déformée, fortement bombée, vasculaire, opaque, ce qui a détruit la vue, au point que la malade ne peut se conduire, qu'elle n'entrevoit les personnes que comme des ombres, et ne peut reconnaître les petits objets, même à proximité. Elle est très-fatiguée par une névralgie de l'œil et de l'orbite, compliquée de céphalée, avec des exacerbations assez fortes pour occasionner une insomnie prolongée pendant plusieurs mois. A son arrivée, elle prend ses règles, ce qui retarde le traitement de quelques jours. Le 12, une bouteille d'eau de Seidlitz purgative ; instillations d'un collyre astringent et laudanisé, pour la préparer à l'opération, que je pratique le 16 juin.

« *Procédé opératoire.*—Je commence par la paupière supérieure; je la soulève sur le manche de mon élévateur pour la strabotomie ; je la tends en dehors avec une pince à dents de souris et à agrafes; puis je pratique, d'un angle oculaire à l'autre, et parallèlement au bord palpébral, une incision qui passe derrière la racine des cils; alors, avec la pointe effilée d'un bistouri engagé dans l'épaisseur de la paupière, en avant du cartilage tarse et derrière l'implantation ciliaire, je détache une languette de peau, de manière à emporter avec elle tous les bulbes pilifères. Il survient un écoulement sanguin que je favorise pendant quelques instants avec des lotions d'eau tiède. Pansement avec des compresses d'eau de roses laudanisée. (Diète; tis. viol. till.; potion diacodée, immobilité de l'œil ; compression méthodique.)

« Le 18. Premier pansement ; pas d'inflammation ; l'état névralgique est moindre ; il y a un peu de sommeil; appétit. 25. La cicatrise est si avancée que la perte de substance est en grande partie réparée ; la vue semble

un peu moins trouble. Cette amélioration est plus sensible le 29, et assure la possibilité prochaine d'une seconde opération. Le 30 juin, elle prend ses règles, ce qui amène un délai. Deuxième purgatif le 6 juillet.

« Le 7. Deuxième opération appliquée à la paupière inférieure, pratiquée de la même manière; pansement *idem*. La nuit est bonne; il y a un sommeil de sept heures. 9. Pas d'inflammation; le mieux est progressif; le trouble de la vue diminue, ainsi que les douleurs. Elle commence à entrevoir quelques objets. Le 14. Elle distingue la teinte jaune du laudanum dont on imbibe ses compresses. 18. Elle reconnaît des ciseaux. (50 centigr. de calomel.) 20. Les paupières deviennent unies et fort belles; la déperdition de substance est comblée et a disparu par le travail de la cicatrisation; la conservation des cartilages tarses a permis le rétablissement complet de la forme du voile palpébral; attouchement avec le sulfate d'alumine pour parachever la cicatrisation. Collyre avec le sulfate de zinc et le laudanum. Le 26, la cornée commence à s'éclaircir; la malade entrevoit ses doigts, mais sans distinguer encore ses ongles; l'état névralgique circum-orbitaire s'est beaucoup amendé. 30. Elle aperçoit les malades qui se promènent dans la salle; elle accuse encore quelques douleurs dans l'œil, et je remarque deux cils très-fins qui se sont développés sur le point lacrymal supérieur. Je pratique la résection des téguments où ils sont implantés.

« Le 3 août. Le résultat est très-satisfaisant; le bord palpébral a sa forme régulière.

« Le 7, elle distingue les ongles de ses doigts et déchiffre de près des numéros de 2 pouces. Le 9, elle lit quelques caractères d'impression de 5 lignes de haut. Je fais commencer des instillations de laudanum pur. Le 13, la cornée devient plus nette, surtout en haut; la vue

gagne peu à peu en finesse et en étendue ; elle fixe les fils du tissu de ses draps. Le 15, elle reconnaît les montants en fer du pied de son lit. Le 19, la cornée s'est éclaircie dans ses trois quarts supérieurs. Le 24, elle commence à apercevoir les sœurs hospitalières à quelques pas. Le 27, elle entrevoit les petits soliveaux au plancher. Le 6 septembre, pour dilater la pupille et prévenir une synéchie postérieure, application tous les jours d'une compresse imbibée d'extrait du belladone. Le 8, elle peut lire quelques caractères d'imprimerie. Le 14, la vue est plus étendue que jamais ; la transparence est en partie revenue dans la cornée, sauf en bas. (Grand bain de propreté, le 16.)

« Le 23 septembre. Elle sort ; les paupières sont parfaitement restaurées. Leur bord libre est dépouillé de cils, mais net et régulier ; les mouvements de l'œil sont faciles et étendus. Il n'y a plus de douleurs ; la malade voit bien et lit assez couramment dans un livre de prières. »

M. Pétrequin fait observer qu'en laissant intact le cartilage tarse, on conserve à la paupière sa forme normale, le jeu de ses mouvements, et le libre exercice de ses fonctions pour protéger l'œil et concourir à la vision. La plaie se cicatrise en peu de temps ; il ne peut y avoir de récidive, puisque le bulbe pilifère est enlevé. L'expérience clinique lui a démontré que la paupière opérée n'offre d'autre difformité qu'une absence des cils ; le bord libre devient si régulier qu'après la guérison on ne se douterait pas de la déperdition de substance. La peau des paupières mobile et extensible est aidée dans ses mouvements par le tissu cellulaire lâche qui l'unit au fascia sous-cutané ; elle glisse facile-

ment, et la petite plaie se comble par le transport du tégument qui vient se cicatriser avec le bord libre. Ces considérations lui semblent assurer une prééminence marquée à la résection de la zône ciliaire sur tous les autres procédés.

3. *Symblépharon et Ankyloblépharon.* — M. le docteur Pétrequin a aussi publié sur ce sujet (*Ibidem*, p. 186-188) les remarques qui suivent :

« A l'égard des adhérences des paupières avec le globe de l'œil, l'art est dépourvu de ressources réellement efficaces. » M. Malgaigne a résumé ainsi l'état actuel de la science : « Les adhérences des paupières au globe de l'œil peuvent fort bien être détruites à l'aide du bistouri; *mais nous ne connaissons aucun moyen d'en prévenir le rétablissement.* » (*Man. de méd. opér.*, 1839, p. 402.) M. Velpeau tient à peu près le même langage.

« Ce n'est pas sans doute que cette affection soit essentiellement incurable. L'incision, l'excision, la cautérisation, etc., qu'on emploie, sont entachées d'un vice radical. S'y prendrait-on autrement pour produire des adhérences, si elles n'existaient pas? Ce qui se passe dans les doigts palmés démontre surabondamment l'insuffisance de ces moyens. En général, c'est s'abuser singulièrement que de compter, pour prévenir la récidive, sur les mouvements de l'œil, sur les plaques métalliques de Van Solingen, ou sur l'œil artificiel de Demours.

« Ayant eu à traiter un malade que n'avaient pu guérir plusieurs praticiens distingués de la Suisse et de l'Italie, je me suis préoccupé des causes d'insuccès et des moyens d'y remédier. Le but qu'on se propose est simple, mais la méthode manque pour l'obtenir. En effet, pour prévenir le retour des adhérences, il ne suffit pas de les détruire par le mode

jusqu'ici connu; j'ai imaginé de placer les surfaces dans des conditions différentes et indépendantes de vitalité et d'activité organiques. J'ai voulu rompre les rapports de cicatrisation de chacune d'elles. Le principe, c'est que les phases de réparation ne se correspondent pas. Il faut éviter qu'il y ait simultanéité; il faut que la période de ce travail s'achève dans l'une lorsqu'il commence à peine dans l'autre.

« Voilà la méthode; restait à trouver le moyen de remplir cette indication. Voici le procédé opératoire que j'ai imaginé : je passe dans l'épaisseur des adhérences, à une profondeur variable, une aiguille armée d'un fil double pour permettre de pratiquer simultanément deux ligatures. Je serre la première assez mollement du côté de la paupière pour opérer la section à la longue; j'étreins, au contraire, la deuxième fortement du côté de l'œil, de façon à couper bientôt la bride; j'ai ainsi sur la sclérotique une plaie en voie de cicatrisation, avant que du côté de la paupière aucune surface soit encore mise à nu. Je puis en conséquence employer sur ce point les agents appropriés, et mettre les parties dans la nécessité de se cicatriser isolément; car le petit moignon, très-minime, compris entre les deux ligatures, est inapte, par sa nature, à contracter aucune adhérence, puisque, étranglé qu'il est, il est dépourvu de vitalité et doit tomber en s'atrophiant. Il en résulte que la plaie du côté de l'œil poursuit son travail de cicatrisation, pendant que l'autre ligature est encore occupée à opérer la section de la bride sur la paupière. Plus les adhérences sont denses et fibreuses, plus il est facile, avec une différence dans le degré de constriction, d'établir à volonté une différence de plusieurs jours entre l'une et l'autre sections. A-t-on affaire à des brides très-

épaisses, on en effectuera la dissection en plusieurs temps, en pénétrant chaque fois à une plus grande profondeur.»

M. Serre, (*Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, p. 375), a eu à traiter un malade chez lequel la cautérisation d'une pustule maligne dans l'angle externe de l'œil, avait produit un grand nombre de cicatrices qui avaient fini par entraîner d'une part, une adhérence entre les paupières, et de l'autre un renversement de la paupière inférieure. La paupière supérieure recouvrait presque en entier le globe. M. Serre pratiqua à la commissure externe des paupières une incision transversale d'environ 3 lignes, qui permit presque immédiatement à la paupière de se relever, et de mettre l'œil à découvert. Pour maintenir les paupières dans un état d'isolement, deux points de suture entrecoupée furent passés sur chacune d'elles, de manière à affronter la conjonctive palpébrale avec la peau. La réunion se fit d'une manière satisfaisante; le malade se refusa à une opération pour l'ectropion.

Ce mode opératoire a souvent réussi à M. Serre dans des cas semblables.

4. *Entropion.*— La section sous-cutanée de l'orbiculaire, pratiquée d'abord par M. Cunier, et ensuite par MM. Phillips et Pétrequin (voir *Annales d'Oculistique*, avril, mai et septembre 1841), a été mise en usage par le docteur Neumann, de Strasbourg (Prusse-occidentale), qui paraît avoir ignoré que cette méthode avait déjà été mise en usage. Voici la relation que donne M. Neumann (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 9) de l'opération qu'il a pratiquée :

« Obs. Mathias Zacharski, âgé de 18 ans, a contracté

des entropions aux paupières inférieures à la suite d'ophthalmies scrofuleuses aux deux yeux. Les cils tournés contre la cornée l'irritaient tellement, qu'à l'œil droit cette membrane était devenue presque entièrement opaque, et qu'à gauche il ne restait de transparent qu'un petit segment supérieur. Le malade ne pouvait voir un peu qu'en faisant des contorsions horribles. M. Neumann pratiqua l'opération suivante : il engagea d'abord entre la paupière supérieure et le globe de l'œil une plaque de corne pour garantir ce dernier; puis il enfonça un ténotôme dans la tempe, à un demi-pouce de l'angle externe de l'œil, en poussa la pointe entre la peau et la face supérieure du muscle releveur de la paupière jusqu'à l'angle interne de l'œil; arrivé là, il tourna le tranchant de l'instrument en dedans, et divisa le muscle releveur des paupières et tous les tissus appliqués sur la plaque de corne, et retira l'instrument par le point où il avait pénétré. Il coupa semblablement le muscle de la paupière inférieure, en pénétrant par la plaie déjà existante à la tempe. Les cils de la paupière reprirent alors une direction normale, et la conservèrent à l'œil gauche, où la vue s'est complétement rétablie. Mais à droite on fut obligé de réitérer l'opération au bout de trois semaines ; encore l'amélioration ne fut-elle que légère à cause de l'opacité de la cornée. »

Cette opération diffère essentiellement de celle pratiquée dans les cas analogues, par MM. Cunier, Phillips et Pétrequin. Le récit suivant, emprunté à ce dernier chirurgien (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1842), fera apprécier le procédé; les détails d'anatomie pathologique qu'il fournit doivent être notés :

Obs. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, se présente à

M. Pétrequin avec un entropion complet à droite. Il remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, absolument dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral. Le doigt appliqué sur les parties sent la contraction des fibres qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière ; le spasme est permanent. Après avoir examiné la disposition anatomique, M. P. s'arrêta, le 22 août, au procédé suivant :

Procédé opératoire. — M. Pétrequin fait tendre la paupière inférieure au moyen d'une pince placée à l'angle externe ; il implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure ; puis, par un mouvement de bascule, il en fait filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire. Cela fait, il opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les temps de la manœuvre. L'instrument est retiré ; il se produit une ecchymose qui se résorbe facilement. On facilite le résultat à l'aide d'une compression méthodique. M. Pétrequin coupa ainsi le muscle dans sa plus grande largeur, et dans toute son épaisseur, et il n'eut qu'une seule ouverture qui était cicatrisée en vingt-quatre heures, presque sans douleur et sans accidents ; circonstances qui semblent assurer dans *l'entropion musculaire* une prééminence marquée à la myotomie sur tous les procédés connus dans la science.

Chez cette malade les choses se passèrent bien, et l'entropion aurait sans doute complétement disparu sans

l'engorgement de la paupière et la laxité de la peau, suite de l'ophthalmie chronique qui occupait cet œil. Un mois après, elle fut prise d'une pneumonie double sur-aiguë qui marcha avec violence et l'emporta rapidement malgré le traitement le plus énergique.

État de la paupière opérée. — Point d'ecchymose; la peau enlevée avec précaution on ne trouve pas d'épanchement sanguin. Le muscle palpébral est mis à nu avec soin, et M. Pétrequin ne put trouver aucun vestige de la solution de continuité pratiquée, soit au milieu, soit en dehors. Il semblait seulement que dans ces deux points il y avait une modification dans la couleur du muscle qui était d'un rose plus pâle; il n'y avait point de tissu de cicatrice.

Cette manière de procéder à la section sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières est celle qu'avait suivie M. Cunier (*Bull. de l'Ac.*, mai 1841, p. 193), à cette exception près, qu'au lieu d'appliquer une pince à l'angle externe, le chirurgien belge en a placé une à doubles branches au bord libre de la paupière, sur lequel la traction a été opérée, pendant que l'indicateur et le médius de la main gauche, appliqués sur le rebord orbitaire, tendaient la peau. M. Cunier a trouvé (*Ann. d'Ocul.*, VI, p. 265) que sans l'application d'une semblable pince, la section serait par trop difficile à la paupière supérieure; il signale aussi comme fort importante, la recommandation de M. Pétrequin de faire pénétrer la pointe du myotôme jusqu'au bord palpébral; sans cette précaution, on pourrait n'obtenir qu'un demi-succès.

La section sous-cutanée de l'orbiculaire a aussi été mise en pratique aux Etats-Unis, par M. Blackmann, qui en rapporte l'idée au docteur Parker, et ne

mentionne pas les tentatives heureuses de MM. Cunier, Phillips et Pétrequin connues depuis quinze mois en Amérique. Voici la traduction de la lettre qui a été adressée par M. Blackmann au rédacteur de la *New-York Lancet*, et a été insérée dans le n° du 25 juin 1842 de ce journal :

« J'ai lu, dans un des derniers numéros de votre journal, une courte notice sur l'opération recommandée et pratiquée par M. Dieffenbach dans les cas de ptosis. Comme j'ai moi-même opéré un malade qui souffrait depuis plusieurs années de cette affection, j'ai pensé qu'une relation succincte de mon opération ne serait pas sans quelque intérêt pour vos lecteurs, puisqu'elle tend surtout à corroborer les observations présentées par ce célèbre chirurgien sur ce sujet.

« Mme Hall, âgée de 40 ans, avait eu, à l'âge de vingt ans, une forte attaque de fièvre typhoïde, durant laquelle la tête avait été très-affectée. Quelque temps après sa convalescence, elle ressentit des douleurs atroces au-dessus des sourcils et dans la région temporale gauche. Bientôt elle commença à ne plus pouvoir relever la paupière supérieure, et son œil demeura constamment fermé. En pinçant la peau et en faisant quelque effort pour élever la paupière, le muscle orbiculaire se contractait avec beaucoup de force, et la malade, suivant la remarque qu'elle en fit elle-même, croyait que, sans cette action spasmodique du muscle, elle jouirait complétement de l'usage de son œil. Elle déclara aussi qu'on lui avait fait de fréquentes applications de ventouses et de vésicatoires, et qu'elle avait été soumise à tous les moyens de traitement jugés propres à obtenir sa guérison, mais qu'aucun de ces moyens ne lui avait procuré le moindre soulagement. Après que je lui eus donné

des explications sur la nature de l'opération qui me paraissait nécessaire pour relever la paupière, elle s'y soumit sans hésiter. Aidé du professeur Parker et du docteur Hall, je divisai le muscle orbiculaire palpébral de la manière suivante : la malade fut assise sur un tabouret peu élevé en face d'une fenêtre ; le professeur Parker introduisit une anse d'ivoire très-douce au-dessous de la paupière, afin de protéger le globe, puis avec un ténotôme effilé et droit, une piqûre fut pratiquée sur le bord externe de la paupière, au point central du canthe externe et de l'angle interne. L'instrument fut conduit vers le sommet de l'arcade sourcilière où, après avoir dirigé son tranchant du côté du muscle et exercé une légère pression en retirant la lame, la section des fibres fut facilement opérée. Le muscle que j'ai aussi divisé, dans d'autres cas, tant au bord interne qu'au bord externe de l'œil, laisse la conjonctive intacte. Notre malade remarqua sur-le-champ qu'elle pouvait relever la paupière assez bien pour distinguer clairement les objets dans la rue. Le professeur Parker m'insinua alors que la division de la partie inférieure du muscle pourrait remédier à l'entropion de la paupière inférieure. J'en opérai donc la division de la manière susmentionnée et, à notre grande satisfaction, l'entropion disparut immédiatement. Puisque l'élévateur palpébral supérieur et l'orbiculaire sont des muscles antagonistes, pourquoi donc, quand par une cause quelconque, l'équilibre dans leur action est rompu, n'attendrions-nous pas de la division du muscle contracté les mêmes résultats que dans les autres parties du corps, où il y a dérangement dans l'équilibre d'action des fléchisseurs et des extenseurs d'un membre ? Dieffenbach dit que l'élévateur palpébral affaibli commença à agir immédiatement, et en peu de mots il explique toute la portée de l'opération, c'est-à-

dire que par la division de son antagoniste l'excès d'action de celui-ci avait disparu. D'après les heureux effets qui ont suivi la division du muscle de la paupière inférieure, ainsi que l'avait recommandée le professeur Parker, je n'ai pas le moindre doute que nous possédons maintenant un moyen aisé et efficace de remédier à beaucoup et peut-être à la majeure partie des cas de cette affection incommode. »

5. *Ectropion et Blépharoplastie.* — L'excision et la cautérisation de la conjonctive extroversée, la section sous-cutanée de l'orbiculaire, ont été employées par M. Cunier dans quelques cas spéciaux dont il a donné la relation dans ses *Annales*, t. VII, p. 12-13.

Chez une malade affectée d'ectropion de la paupière supérieure, M. Serre (*Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, Montpellier 1842) a suivi la méthode opératoire de M. Dieffenbach (1); la guérison n'a été que momentanée. Déjà cet insuccès de M. Serre avait été signalé par M. Cunier (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1838, p. 434) qui avait vu la malade pendant son séjour à Montpellier.

M. le docteur Pétrequin a consigné dans la *Gazette médicale de Paris* (n° 12) des observations que nous reproduisons avec les remarques dont il les accompagne.

« *Ectropion double datant de dix ans à l'œil gauche, et de trente ans à l'œil droit, avec perte incom-*

---

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, 2e volume supplémentaire, p. 29-36, et la planche jointe au vol.

plète de la vue ; opération ; guérison. — Pierre Mezard, âgé de 46 ans, pionnier, de St-Jean-Denay (Haute-Loire), exposé dès l'enfance par son état à toutes les vicissitudes atmosphériques, finit, après avoir incessamment souffert de la pluie, du soleil et des intempéries des saisons, par contracter une ophthalmie catarrhale dont il ne peut se guérir depuis longues années. Forcé par la maladie de quitter ses travaux, il se décide à consulter, à Nevers, plusieurs médecins, qui prescrivent des collyres, des purgatifs, un séton à la nuque, etc., sans résultat avantageux ; enfin, sa vue menaçait de se perdre complétement, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juin 1840, avec un ectropion double. Le globe de l'œil ne peut être recouvert ; il y a photophobie ; les cornées sont obscurcies par un nuage opaque ; la vue est confuse. Le globe oculaire est enflammé, mais à un bien moindre degré que la conjonctive palpébrale, qui est rougeâtre, hypertrophiée et fongueuse. Les deux paupières inférieures sont renversées sur les joues, avec écoulement muqueux et formation de croûtes à leur surface, commencement de cutisation de la muqueuse, blépharospasme, etc. ; ce qui donne à la physionomie du malade un aspect hideux et repoussant. L'ectropion de l'œil gauche date de dix ans, et celui du droit de trente ans.

« Une opération chirurgicale pouvait seule triompher de cette lésion ; mais, pratiquer la résection de la muqueuse dans cet état d'hypertrophie, c'était s'exposer à n'avoir qu'un résultat incomplet et irrégulier ; j'ai souvent observé, dans l'ophthalmie blennorrhagique, que l'excision du chémosis ne laisse, après le dégorgement, qu'une plaie superficielle et une cicatrice à peine apparente. Je crus donc convenable d'attaquer d'abord l'inflammation chronique, pour réduire l'hypertrophie et la

dégénérescence de la membrane, ce que j'obtins avec des collyres résolutifs, tantôt au sulfate de cuivre, tantôt au sulfate d'alumine, plus tard par quelques instillations de laudanum pur, et enfin par des attouchements avec la pierre de cuivre, etc. L'action de ces moyens fut puissamment aidée par l'emploi d'un vésicatoire à la nuque et de quelques purgatifs salins.

« Le 10 juillet, j'avais obtenu une amélioration notable de l'ophthalmie. L'opération me semblait bien préparée. Je renversai la paupière gauche, je saisis la muqueuse avec une pince à dents de souris, et j'enlevai avec des ciseaux courbes, d'un angle oculaire à l'autre, une languette effilée plus large au centre qu'à ses extrémités. Je laissai un peu couler le sang, puis je bassinai l'œil avec de l'eau de roses, et, ne croyant pas convenable d'abandonner les choses à la nature, je relevai la paupière et la maintins en bonne position avec un grillage de bandelettes agglutinatives par-dessus lequel j'appliquai une compresse imbibée d'eau blanche laudanisée. (Diète ; potion calmante ; pédil. sinap. Le lendemain, une bouteille d'eau de Seidlitz; irrigations d'eau fraîche.) Il ne survient aucun accident inflammatoire. L'appareil est renouvelé tous les deux jours ; la paupière se maintient parfaitement droite, et l'œil gauche fait un contraste frappant avec le droit qui n'a pas été opéré.

« 26 juillet. Je pratique l'excision d'une petite végétation fongueuse qui s'était développée sur la plaie et qui refoulait la paupière au-dehors ; je touche la surface avec la pierre d'alun. (Même traitement.)

« 4 août. Résultat complet ; je commence à exercer l'œil.

« Le 8, la guérison étant complète, j'opère l'œil droit avec le bistouri, en présence du docteur Cathala, de

Montpellier; l'hémorragie est assez abondante. La paupière est ensuite relevée et maintenue avec l'appareil précité. (Irrigations d'eau fraîche.) La compression méthodique, l'immobilité de l'œil et sa position abritée du contact de l'air, préviennent tout accident.

« Le 13, excision d'une végétation développée sur la plaie; attouchement avec l'alun. Le résultat s'affermit. Le malade sort à la fin du mois en très-bon état, guéri de son éraillement et de son ophthalmie ; la vue est rétablie, et l'on ne se douterait pas qu'il a été affecté d'un double ectropion. »

« L'ancienneté de la maladie, le degré de la difformité, et la dégénérescence hypertrophique et fongueuse de la conjonctive, dont d'autres médecins n'avaient pas cru pouvoir triompher, donnent une certaine valeur à cette cure. J'aurais difficilement réussi en imitant la conduite des opérateurs qui, après l'excision, abandonnent, à l'instar de Bordenave, la plaie aux seuls efforts de la nature ; j'avais à remédier à la longue déformation du cartilage tarse. Il ne fallait pas tomber dans l'excès opposé, comme Dzondi, qui veut qu'on pratique une incision semi-lunaire à la racine de la paupière, pour en faciliter la réascension. Il semble aussi que la modification de M. Velpeau, qui propose quelques points de suture sur la muqueuse (*Méd. opér.*, 1839, t. III, p. 346), constitue une pratique superflue et parfois dangereuse. J'ai parfaitement atteint le but à l'aide du relèvement méthodique de la paupière, de l'immobilité de l'œil et de la compression permanente, qui réunissaient plusieurs avantages en corrigeant la déformation du tarse, prévenant l'inflammation traumatique, rapprochant les lèvres de

la plaie et hâtant la guérison de manière à éviter les inégalités d'une cicatrice interne.

« Je passe à un cas plus compliqué.

« *Ectropion de l'œil droit datant de six ans, et compliqué d'un colobqma traumatique de la paupière ; excision et blépharoraphie combinées ; guérison.* —Augustin Dubourget, âgé de 20 ans, maçon, de Challes (Ain), reçoit, à l'âge de 14 ans, un coup de corne de vache dans l'œil droit, qui produit une ophthalmie traumatique considérable, et laisse plus tard la paupière inférieure divisée et renversée sur la joue. Un mois après, un médecin de Poncia essaie de la relever avec des bandelettes. L'ectropion persiste, avec larmoiement, blépharite, etc., jusqu'en janvier 1839, où, cinq ans après l'accident, un oculiste ambulant pratique, avec des ciseaux, une opération sanglante qui n'a pas de résultat. L'œil est au contraire plus larmoyant, plus sensible au grand air et à la lumière, et l'éraillement plus considérable. On lui conseille alors d'entrer à l'hôpital de Lyon, dans mon service, où il est admis le 20 avril 1840, plus de six ans après l'accident : photophobie ; vue affaible ; obscurcissement de la cornée ; conjonctive oculaire rouge, mais moins enflammée que la palpébrabe, qui est épaissie, boursoufflée ; il y a larmoiement. L'ectropion est considérable, surtout dans la moitié interne de la paupière. La division de cette dernière existe en dedans du point lacrymal. L'œil gauche est sain. Outre la difformité, il faut noter, à droite, de la céphalalgie, quelques douleurs dans l'orbite et la tempe, et une disposition fâcheuse de l'organe à des récrudescences d'ophthalmie.

« Je commençai le traitement par des moyens dirigés contre l'inflammation chronique, comme l'emploi de col-

lyres au sulfate de cuivre laudanisé, des attouchements avec la pierre d'alun et de vitriol bleu, alternativement, et l'usage de compresses protectrices, etc., en aidant l'action de ces moyens par quelques pédiluves, des purgatifs salins, etc. Une fois l'état des parties suffisamment amélioré, je pratiquai successivement, dans le courant de mai, l'excision de deux bandelettes horizontales sur la conjonctive palpébrale, pour redresser la paupière, ce que j'obtins en grande partie. (Même pansement que dans l'observation précédente.)

« 1er juin. Je procédai à blépharoraphie, qui se trouvait ici rendue plus difficile par le voisinage du conduit lacrymal. La division comprenait toute l'épaisseur de la paupière vers son bord libre, et devenait plus superficielle en descendant. J'en rafraîchis les bords avec précaution, de manière à n'intéresser en bas que le tissu cutané. J'applique ensuite deux points de suture avec un fil de soie ; je protégeai les parties contre l'action des larmes avec des bandelettes. (Compression méthodique; irrigations d'eau fraîche laudanisée ; péd. sinap. ; pot. calm.) La réunion s'opère lentement.

« Le 23, la *restauration de la paupière* est complète ; mais la longue déformation du cartilage tarse tendant à diminuer la régularité du résultat, je continue la compression méthodique jusqu'au 2 juillet, époque où l'œil s'habitue aisément à l'air et au grand jour.

« 16 juillet. Pour prévenir toute récidive, je pratique l'excision d'une petite bandelette verticale sur la muqueuse palpébrale, dans le but de resserrer et de raffermir le bord libre. (Même pansement ; eau de Seidlitz pour le lendemain.) Le succès est complet ; la paupière se maintient dans une bonne position.

« 27. L'œil ne craint plus l'air ni la lumière ; la paupière joue bien et se ferme exactement sans se renver-

ser ; la vue est rétablie ; il n'existe plus d'ophthalmie.

« 1er août 1840. Il sort en bon état. C'est à peine si on s'aperçoit des traces de la cicatrice extérieure. »

« J'ai revu ce malade le 18 avril 1841, il continuait à aller très-bien ; on ne se serait pas douté de l'ectropion et du coloboma dont il avait été atteint. Son œil ne pleurait que lorsqu'il restait exposé au vent du nord, qui, en hiver, souffle violemment dans les montagnes de son pays. Cette vérification du succès, près d'une année après l'opération, est la meilleure preuve de l'avantage que j'ai obtenu à combiner la blépharoraphie avec l'excision, procédé dont les détails se trouvent suffisamment développés dans l'exposé de l'observation pour que je n'y revienne pas ici.

« Voici maintenant un fait encore plus complexe et plus difficile.

« *Ectropion difforme, consécutif à un noli me tangere ; mode particulier de restauration de la paupière, après un traitement préalable du cancer.* — Jeanne Lapian, de Vaissieux (Drôme), fermière, âgée de 50 ans, est atteinte, en 1840, d'un *noli me tangere* à la face, qui débute, sur l'aile droite du nez, par un petit bouton d'abord indolore ; il prend bientôt un accroissement assez rapide, qui fut augmenté peut-être par l'application à deux reprises que la malade fit elle-même d'un onguent caustique. Inquiète de voir le mal empirer toujours, elle alla, au bout de six mois, consulter le docteur Grand-Boulogne, de Goncelin, près Grenoble, qui me l'adressa à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 26 février 1841 : l'aile droite de nez est envahie par un carcinôme fongueux, dans l'étendue d'une pièce d'un franc, avec rougeur au pourtour, tension de la peau, élancements dou-

loureux, etc. La dégénérescence menace de ronger l'os du nez, la branche montante du maxillaire, etc. La paupière inférieure est tirée en bas, et le lobule du nez à droite et en haut. Je calme les douleurs avec l'extrait de ciguë en applications, en pilules et en topiques. Six cautérisations avec la pâte de Cancoin sont pratiquées avec succès; mais la cicatrice ne peut s'achever, et alors surviennent toujours de nouvelles végétations cancéreuses. Enfin, le 10 juillet, j'attaque le mal avec le fer rouge; j'éteins successivement dans l'ulcère cinq boutons de feu, qui pénètrent jusqu'à la branche montante du maxillaire; il en résulte une petite cavité dont les parois consistent dans une escarre noirâtre, lente à se détacher. La plaie qui lui succède se cicatrise ensuite peu à peu; mais, à mesure, le lobule du nez est fortement tiré en haut et en dehors, et l'ectropion augmente d'une manière difforme.

« Le 14 août, au moment où la cicatrisation était assez avancée, je m'occupe de remédier à l'éraillement de la paupière.

« Le cas me paraissait difficile; évidemment je ne devais compter sur aucune opération pratiquée à la muqueuse, soit cautérisation, soit excision, parce que d'abord elle eût été impuissante à redresser le bord palpébral tiraillé par une cicatrice cutanée solide, et parce qu'enfin elle n'eût abouti qu'à raccourcir la hauteur de la paupière, déjà trop courte. Partant de cette observation, que c'était surtout le grand angle qui se trouvait abaissé, de façon que le procédé de Jones n'était pas applicable, j'imaginai de former une sorte de lambeau qui me permettrait de remédier à l'éraillement, sans difformité.

«*Procédé opératoire.*—Je pratique, d'un angle oculaire à l'autre, parallèlement au bord palpébral et à 2 lignes (4 millim.) au-dessous, une incision transversale qui

s'arrête sur le sac lacrymal. A partir de ce point, j'abaisse une incision verticale, suivant la rainure naso-maxillaire, jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine. Je forme ainsi un lambeau triangulaire à large base externe, que je dissèque, et qui me permet, en le relevant vers le sourcil, d'allonger d'environ 5 à 6 lignes (11 à 17 millim.) la hauteur verticale de la paupière. Cette dernière, détachée de ses adhérences, est légèrement froncée d'une commissure à l'autre par un point de suture qui tend à porter en haut son bord libre. En même temps, le lambeau est maintenu par deux points de suture, l'un à sa partie moyenne, l'autre à son angle supérieur, de manière à le tirer en haut, en appliquant exactement. L'œil alors se trouve muni de moyens d'occlusion tels, que la paupière inférieure remonte beaucoup sur la supérieure; mais, vu la rétractilité de la cicatrice, il faut, dans ces cas, produire l'excès, pour obtenir plus tard le nécessaire. Quelques bandelettes étroites de diachylon, un gâteau de charpie imbibé d'eau de roses laudanisée, et quelques tours de bande, protègent et maintiennent les choses en bon état. Irrigations d'eau fraîche.

« Chez notre malade, le premier pansement eut lieu le 16. Pas d'inflammation, peu de rougeur; l'œil va bien; le lambeau est en partie repris; la paupière reste relevée. J'enlève, le 17, les sutures du lambeau, et le 10, celles de la paupière.

« Le 21, la *restauration* est en bon état; le lambeau est recollé, la paupière toujours soulevée; l'ectropion paraît ne plus exister. Le 23, l'œil se ferme bien dans un mouvement normal; si la contraction est exagérée, il y a tendance au renversement. Dans l'état de repos, il est ouvert suffisamment. Le résultat se maintient jusqu'au 8 septembre. L'œil alors est exercé à l'air; il y a de nou-

veau tendance au retour de l'ectropion. On reprend l'usage de la compression jusqu'à ce que la cicatrice se soit affermie suffisamment.

«Le 18, la cicatrisation du cancer paraît avancée, mais elle contribue à tirer en bas la paupière. Une compression méthodique s'oppose au retrait des tissus, et le voile palpébral se trouve, le 25, suffisamment relevé. Cependant, il y a toujours un peu de tendance au renversement; mais l'œil se ferme bien dans le clignottement, et la malade sort le 30, à peu près guérie de son carcinôme et dans un état assez satisfaisant, quoique la tendance à l'ectropion n'ait pas complétement disparu. La cicatrice parallèle au bord palpébral est imperceptible, et la deuxième laisse une trace à peine sensible dans la rainure, où elle se perd. Le temps nous apprendra si la guérison restera complète. »

M. Pétrequin reconnaît à ce procédé des avantages incontestables. Dans quelques cas, on pourrait, selon lui, ajouter à l'opération une modification qui lui paraît de quelque importance. Ainsi, on pratiquerait sur le côté du nez une petite déperdition de substance en forme de V, dont la base se confondrait en dehors avec l'incision verticale; en réunissant ses bords de bas en haut avec un ou deux points de suture, on aurait le double avantage : 1° de couvrir le point qui a été le siége de la maladie; 2° de faciliter l'ascension du lambeau en contribuant à relever l'extrémité inférieure de l'incision.

a) *Blépharoplastie par la méthode de Celse.*— M. Guillon, de Cozes (Charente-inférieure), a traité dans le *Bulletin général de thérapeutique* (décembre) des avantages de la méthode de Celse pour réparer les pertes de substance de la paupière inférieure, et a signalé quelques cas exceptionnels où

il a dû recourir à des procédés spéciaux. Son travail, éminemment pratique, nous a paru de nature à devoir être reproduit textuellement.

« Les paupières seules, par une exclusion dont on a le droit de s'étonner, en considérant l'importance des fonctions de ces organes et le rôle qu'elles jouent dans l'expression de la physionomie, furent presque les dernières à participer aux bienfaits de l'autoplastie. L'excision en demi-lune de Dupuytren, et celle en V avec suture, constituaient dans les cas d'ulcérations peu étendues les seuls procédés en usage ; et le temps n'est pas loin encore où l'art avait consacré comme une règle de pratique essentielle : « que toutes les fois que les « cancers envahissaient plus de la moitié de la hauteur « des paupières, il fallait, en même temps qu'on pra- « tiquait l'excision, extirper l'œil. »

« Ce précepte rigoureux est heureusement effacé de la science, et , grâce aux tentatives hardies de quelques praticiens, l'art possède aujourd'hui un certain nombre de restaurations plus ou moins complètes des paupières. Dans aucune de ces opérations la méthode italienne n'a paru susceptible d'application.

« En 1836 et 1837, MM. Jobert et Blandin pratiquèrent par la méthode italienne quelques opérations remarquables de restauration presque complète de la paupière inférieure, en détachant les lambeaux, l'un sur la joue du côté du nez , l'autre près de la pommette. D'autres opérations semblables ont été aussi pratiquées depuis par ces mêmes praticiens et quelques autres, d'après les mêmes règles, et de cette manière l'application de la méthode indienne à la blépharoplastie est démeurée complétement exclusive.

« A la vérité cette méthode est exempte d'un inconvénient

très-essentiel, reproché en général à la méthode de Celse, méthode par glissement ou par simple déplacement de lambeau, méthode française, comme on voudra l'appeler. Cet inconvénient consiste dans l'abaissement à la longue du lambeau, par suite de la rétraction des parties déplacées. Mais outre que cet inconvénient, le seul qu'on puisse théoriquement peut-être adresser avec raison à la méthode française, peut être sûrement évité à l'aide de quelques précautions conseillées dans le *manuel*, et à la suite de l'opération, la méthode indienne, à son tour, en présente un autre, presque aussi essentiel selon nous, et qui consiste dans le roulement sur lui-même du lambeau trop détaché, lequel le plus souvent ne forme plus au-devant de l'œil qu'un tubercule immobile adhérant à la conjonctive, très-saillant et incapable de protéger l'organe.

« En outre de ces circonstances, la méthode indienne le cède incontestablement à la méthode française, en ce que celle-ci, 1° présente infiniment plus de simplicité dans l'exécution ; 2° ne laisse point, comme la méthode indienne, de nouvelle plaie à fermer, ce qui constitue, à proprement parler, deux opérations au lieu d'une, et donne lieu, selon l'endroit où le lambeau été pris, à une rétraction susceptible d'entraîner, comme dans la méthode par déplacement, l'abaissement jusqu'à un certain point de la nouvelle paupière ; 3° en ce qu'elle expose infiniment moins aux accidents nerveux et inflammatoires ; 4° en ce qu'elle est complétement exempte des chances de gangrène, qui non-seulement rend inutile l'opération, mais même, dans quelques cas, met dans l'impossibilité d'en pratiquer une seconde ; 5° enfin, en ce qu'elle ne détermine, comme la méthode indienne, aucune difformité, ne donne lieu à aucune crête saillante, qui nécessite souvent une troisième petite

opération pour sectionner et récoller le pédicule, ne s'accompagne d'aucune proéminence de la partie créée au-dessus du niveau des parties voisines, lesquelles restent toujours dans leur position respective, conservent, de cette manière, à la nouvelle paupière une ressemblance presque parfaite, et ne laissent sur la face presque aucune cicatrice apparente.

« Déjà dans deux mémoires où figuraient quelques observations pratiques assez remarquables communiquées à la Société médicale de la Sendre, aux mois de février 1840 et novembre 1841, nous nous étions efforcé de développer toutes ces considérations, d'établir en même temps, à l'aide de quelques procédés que nous proposions, les avantages de la méthode par glissement des lambeaux, appliquée d'une manière générale à la blépharoplastie. Depuis cette époque, de nouvelles restaurations plus ou moins complètes des paupières ayant été aussi pratiquées par nous par cette méthode et d'après des procédés qui nous sont particuliers, nous avons cru de quelque intérêt de résumer tous ces faits, non encore publiés, pour les soumettre au jugement des praticiens et fixer davantage leur attention sur la valeur d'une méthode trop injustement dédaignée, selon nous, dans cette partie de l'autoplastie faciale.

« Obs. I. *Restauration de la paupière inférieure droite et d'une partie de la supérieure, par simple glissement de lambeau pris sur la face.* — La femme Rié, de Grézac, n'a jamais eu d'enfants. Agée de cinquante-huit ans, elle avait cessé d'être réglée depuis dix ans. Quelques années avant cette époque, elle avait déjà été atteinte d'une légère ulcération du bord libre de la paupière inférieure droite, qui avait été alors, dit-elle, guérie en peu de jours par l'insufflation d'une poudre grisâtre qu'on lui avait conseillée. Il y a trois ans, il se

forma de nouveau, sur le bord libre de la même paupière, plusieurs petits tubercules qui ne tardèrent pas à s'ulcérer, à se réunir et à envahir tout l'organe. Depuis six mois surtout, le mal avait fait des progrès très-rapides.

« Voici l'état dans lequel il était lorsque je fus appelé à l'examiner. La paupière était entièrement détruite jusqu'à sa base. En dedans, l'ulcération avait dépassé le niveau de la paupière supérieure, et s'étendait en haut sur la racine du nez, jusque près du sourcil. Les tissus formant le fond de cet ulcère représentaient une espèce de cordon très-dur, étendu depuis le nez jusqu'à la tempe. En le soulevant avec les doigts, il était facile de voir qu'il n'avait encore contracté avec les parties osseuses aucune adhérence. La caroncule lacrymale était très-rouge et paraissait malade, ainsi que le tendon de l'orbiculaire. En pressant sur le sac lacrymal, il en sortait un liquide purulent; les larmes coulaient sur la joue. L'irritation légère dont la conjonctive oculaire était le siége ne me parut toutefois devoir être attribuée qu'à un effet sympathique par contiguité de tissus, et surtout à l'action de l'air agissant continuellement sur cette partie. La malade, qui jusqu'à ce moment n'avait jamais cru à la possibilité d'une guérison, ayant adopté tout d'abord l'opération que je lui proposais, celle-ci fut pratiquée deux jours après, le 6 décembre 1839, avec l'assistance de notre confrère Laurent, de Cozes. 1° Enlever toutes les parties affectées; 2° réparer à l'aide des parties voisines la perte de substance résultant de cette excision, telles nous parurent dans ce cas es indications à remplir.

« La malade, assise sur une chaise, la tête assujettie par un aide, l'ouverture des paupières fut agrandie au moyen d'une incision, de quatre centimètres en-

viron, dirigée sur la tempe et pratiquée à l'aide d'un bistouri très-étroit, enfoncé en arrière de la commissure, de manière à diriger les téguments de dedans en dehors, en laissant en dessous toutes les parties ulcérées.

« La commissure interne fut également agrandie par une deuxième petite incision de deux centimètres environ, passant au-dessus du tendon de l'orbiculaire et dirigée en haut vers la racine du nez.

« Enfin une troisième incision semi-elliptique, partant de l'extrémité postérieure de l'incision de la tempe jusqu'au niveau du canal nasal, et remontant de là le long du nez dans une direction verticale pour se réunir à la division interne, acheva de circonscrire toutes les parties malades.

« Celles-ci furent disséquées de bas en haut, et de la tempe vers le nez jusqu'aux graisses de l'orbite, avec la précaution de ne pas léser le globe de l'œil. De petits ciseaux courbes achevèrent de détacher ces parties de la conjonctive oculaire, de laquelle j'excisai en même temps tout ce qu'il me fut possible. Le sac lacrymal, la caroncule lacrymale et le tendon du palpébral ne furent pas non plus ménagés. Les petits vaisseaux ouverts dans cette direction fournirent beaucoup de sang, et n'exigèrent cependant l'emploi d'aucune ligature.

« Le globe de l'œil, privé de toutes ses adhérences inférieures, restait comme suspendu.

« L'ablation de toutes les parties malades achevée, il me parut prudent de plonger dans le canal nasal un petit pinceau de charpie imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Voici comme je procédai à la *restauration de la perte de substance*.

« Une incision verticale, partant de l'incision sous-orbitaire au-dessous du canal nasal, fut dirigée en bas,

le long de la racine du nez jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine, de manière à former avec les téguments de la joue un lambeau triangulaire ayant son sommet dirigé en haut et en dedans, et sa base adhérente au côté de la face.

« La dissection de ce lambeau détaché de la pommette fut prolongée en bas jusqu'au repli de la membrane buccale sans l'intéresser. Dans cette dissection, nous eûmes la précaution de diviser d'un seul coup le faisceau des vaisseaux et des nerfs qui sortent du trou sous-orbitaire. Ici encore il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang fourni par ces vaisseaux, du simple froissement de leurs parois.

« Le lambeau, ainsi détaché, jusqu'à sa base, des os qu'il recouvrait, fut ensuite remonté par un simple glissement jusqu'à la racine du nez, où son sommet fut fixé, par un point de suture entrecoupée, dans l'angle rentrant formé au-dessous du sourcil par l'excision des parties.

« La commissure externe fut également réunie par un fil simple, placé un peu en dedans du rebord orbitaire, et deux épingles fixées sur la tempe.

« Enfin trois autres points de suture entortillée, pratiqués de même avec des épingles sur le côté du nez, achevèrent la réunion des parties.

« En se représentant la disposition du lambeau et le déplacement qu'il a dû subir, il est facile de voir qu'il dut recouvrir d'une manière très-exacte la portion de l'orbite et le globe de l'œil mis à nu par l'opération.

« Les extrémités des épingles ayant été un peu relevées, à cause de la saillie du nez, rognées et garnies de diachylon et de petites compresses pour protéger les parties, tout le côté de la face fut recouvert d'un bandage unissant en forme de croissant, formé de plusieurs piè-

ces inégales et superposées de sparadrap adhésif et attiré à l'aide de rubans vers le sommet de la tête, de manière à tenir relevée la nouvelle paupière, à soutenir les points de suture et à en favoriser l'action.

« L'appareil fut complété par l'application d'un petit gâteau de charpie râpée entre les paupières, d'autres plumasseaux de charpie disposés autour des points de suture, et le bandage monocle.

« Diète, tisanes délayantes, trois saignées à douze heures d'intervalle, pédiluves alcalins, lavement salé. La fièvre a été peu intense, la céphalalgie modérée, les douleurs orbitaires supportables.

« La levée de l'appareil eut lieu le cinquième jour. La réunion était déjà partout complète ; une légère ulcération existait seulement autour des fils, tandis que les épingles n'en avaient déterminé aucune. C'est une observation que j'ai faite souvent : en pratique, elle me semble d'une certaine considération.

«L'ouverture des paupières m'ayant paru un peu étroite je crus devoir déchirer un peu la cicatrice qui correspondait en arrière au premier point de suture.

« Quoique dépourvue de cartilage, la nouvelle paupière ne s'était point affaissée ; son bord libre, recouvert de bourgeons charnus d'un bon aspect, donnait lieu à une bonne suppuration. Les débris de la conjonctive formaient autour de la cornée un bourrelet très-rouge.

« Les épingles, coupées aussi près que possible des parties, furent enlevées sans toucher aux fils. Ceux-ci, collés par le sang, forment dans tous les cas le meilleur agglutinatif.

« L'appareil fut rétabli, du reste, comme la première fois. Dans les pansements suivants, la conjonctive oculaire continuant à présenter de la rougeur et un aspect variqueux, résultat du délabrement exercé par l'opéra-

tion sur les vaisseaux de cette membrane, je crus nécessaire de la cautériser quelquefois, ainsi que le bord de la paupière, avec le nitrate d'argent.

« La guérison était parfaite le quinzième jour ; néanmoins l'usage du bandage unissant fut continué plusieurs semaines encore, pour s'opposer à la rétraction des tissus, et par suite à l'affaissement de la nouvelle paupière. Grâce à cette précaution, sans doute indispensable après le procédé *particulier* que j'avais employé, cette paupière est restée en place, et aujourd'hui encore, plus de trente mois après l'opération, elle remonte assez haut pour bien protéger le globe de l'œil, qu'elle cache même un peu. Sa base adhère au tissu cellulaire de l'orbite, et sa face interne est recouverte d'une membrane lisse, d'apparence évidemment muqueuse. Ce qui est très-heureux aussi, c'est que, malgré les désordres occasionnés aux conduits des larmes, celles-ci cependant ne coulent point sur la joue. Les cicatrices de la tempe et du nez, confondues avec les rides qui existent naturellement sur ces parties, sont tout-à-fait imperceptibles. Les mouvements de la paupière sont également aussi parfaits que possible, et la disposition anatomique des fibres musculaires autour de l'orbite explique assez, en effet, que le procédé que j'emploie, outre ses autres avantages sous le rapport de l'exécution, ménageant plus que tout autre ces faisceaux musculaires, leur permet aussi plus sûrement de conserver l'intégrité de leurs fonctions.

« Obs. II — *Tumeur cancéreuse. Ablation de la paupière inférieure gauche et d'une partie des téguments de la face. Restauration des parties par simple glissement de lambeau. Guérison.* — La fille Gaborit, de Thamès, âgée de soixante-sept ans, eut sur le bord libre de la paupière inférieure gauche un petit tubercule de la grosseur d'un pois, qu'elle excisa. Par suite de cette opéra-

tion, la petite tumeur ayant, dit-elle, disparu pendant six mois, commença de nouveau à se développer et acquit au bout de quelques semaines un volume considérable.

« Lorsque je fus appelé à l'examiner, elle était de la grosseur d'un œuf, dont elle présentait la forme d'une manière assez exacte. Un peu aplatie seulement d'avant en arrière, elle était placée de telle façon que sa grosse extrémité, qui occupait toute l'étendue de la paupière inférieure, remontait au-devant du globe oculaire, qu'elle cachait entièrement, et son sommet se terminait en bas, au-dessous de l'aile du nez. Ses adhérences occupaient toute sa face postérieure. Elle était du reste parfaitement mobile, et l'œil, baigné seulement par la sécrétion purulente de la paupière, était évidemment sain.

« Cette fille, qui était venue me consulter quoique d'assez loin, était d'avance décidée à l'opération, et voulut qu'elle fût pratiquée sur-le-champ, le 29 janvier 1841. Le docteur Laurent voulut bien m'assister encore dans cette opération. Voici comme je procédai.

« Une incision fut pratiquée d'abord en dedans, le long du nez, depuis le tendon du palpébral jusques au-dessous de la tumeur.

« Celle-ci fut cernée de même en dehors par une seconde incision se réunissant en bas, sous forme d'un V, à la précédente, et pratiquée avec un bistouri très-étroit, enfoncé de haut en bas, entre la paupière et le globe de l'œil, de manière à agir d'arrière en avant.

« Une dissection de haut en bas, avec précaution d'enlever de la conjonctive oculaire toutes les portions qu'on pouvait soupçonner malades, acheva enfin de détacher la tumeur en arrière.

« L'ablation achevée, il restait, comme on voit, une plaie triangulaire dont la base embrassait toute la de-

mi-circonférence inférieure de l'orbite et dont le sommet se terminait en bas, au-dessus de la lèvre supérieure.

« Deux ou trois cils, dépendant de la paupière enlevée, restaient seulement en dehors, au-dessous de la commissure.

« Le sac lacrymal enlevé en partie dans la dissection, fut soumis à une légère cautérisation par le nitrate d'argent, et l'écoulement du sang arrêté par le simple froissement des vaisseaux nombreux intéressés dans l'opération.

Le procédé employé pour former une nouvelle paupière, et combler l'énorme perte de substance existant sur la face par suite de l'opération, fut à peu de chose près le même auquel j'avais eu recours déjà dans la première opération.

« Ainsi l'ouverture des paupières fut prolongée de même dans toute l'étendue de la région temporale, jusqu'à la racine des cheveux, à l'aide d'un bistouri très-étroit enfoncé derrière la commissure, de manière à donner en même temps à la division une forme légèrement concave supérieurement, pour permettre au lambeau de mieux s'appliquer au contour de l'orbite

« Toutes les parties recouvrant la partie inférieure de la tempe à la joue ayant ensuite été disséquées avec les précautions indiquées dans la précédente observation, il en résulta un lambeau à base très-large, libre seulement en haut et en dedans, adhérent en arrière, et que l'élasticité des tissus de la face permit cependant de faire glisser sans peine, au devant de l'orbite, jusqu'à la racine du nez, de manière à recouvrir sans trop de tiraillement toute la perte de substance, et sans qu'il fût besoin de pratiquer en arrière sur la tempe une nouvelle incision pour rendre le lambeau plus libre, ce que j'avais cru

d'avance et ce que je crois indispensable de faire, dans la plupart des cas, pour obtenir une coaptation exacte.

« Le lambeau ainsi appliqué fut maintenu en place au moyen d'un point de suture simple qui fixait son sommet dans l'angle externe de l'œil, près de la racine du nez, et trois épingles placées sur les côtés de cet organe.

« Trois épingles servirent également à le réunir en dehors à la paupière supérieure et sur la tempe.

« L'angle de l'œil rempli d'un petit bourdonnet de charpie mollette, de manière à établir une légère compression sur la pointe du lambeau et rendre son application plus exacte dans l'enfoncement qui se trouve dans cet endroit ; la joue et la tempe furent recouvertes du bandage adhésif que j'ai déjà fait connaître, et l'appareil complété par le bandage monocle. (Diète, tisanes délayantes, saignées, lavements et pédiluves salés.)

« Les épingles furent enlevées le quatrième jour ; le lambeau était partout adhérent, excepté au sommet, où le fil simple avait donné lieu à un peu de suppuration sans avoir cependant coupé les parties.

« L'extrémité interne de la nouvelle paupière, décollée en arrière, offrait aussi, après le fil ôté, un petit appendice mobile flottant au devant du sac lacrymal, qui s'abaissait lorsqu'on appuyait au-dessus avec l'extrémité du doigt mais qui dans l'état ordinaire recouvrait entièrement la plaie.

« De légères cautérisations, aidées d'une douce compression et de l'emplâtre adhésif continué sur la joue, amenèrent en peu de jours le recollement complet de cet appendice, sans difformité.

« Les causes qui dans cet endroit ont empêché la réunion immédiate d'avoir lieu, et auxquelles, comme on le voit, était complétement étranger le défaut de laxité du lambeau, me semblent être les suivantes :

« 1° La suture par le fil simple, sur les inconvénients de laquelle je me suis déjà prononcé dans l'observation première.

« Ces inconvénients me paraissent tels en effet, que dans les cas où la saillie du nez rendrait tout à fait impossible l'emploi des tiges métalliques, je croirais préférable de *m*'en tenir à la compression aidée de bandelettes adhésives.

« 2° L'élimination des petites escarres résultant de la cautérisation exercée sur le sac lacrymal.

« 3° L'accumulation des larmes dans l'angle interne de l'œil, l'état du canal nasal ne leur permettant pas de suivre tout d'abord leur cours naturel.

« 4° Enfin la conservation d'une petite portion de l'ancienne paupière, dont la différence des tissus avec ceux du nez a dû être un obstacle à leur réunion. Aussi mieux eût-il valu peut-être sacrifier entièrement dans l'opération cette portion du voile palpébral équivalent à peine à un millimètre.

« Il est vrai de dire néanmoins, d'un autre côté, que depuis la réunion opérée, cette si petite portion de l'ancienne paupière a semblé, par un petit travail que l'expérience a souvent constaté, prendre un peu plus de développement, et donner à celle nouvellement formée une plus grande consistance.

« Malgré la solidité des adhérences, qui dès le dixième jour unissaient partout le lambeau aux parties voisines, le bandage unissant de la joue n'en fut pas moins continué plus de trois semaines encore. Quoique presque entièrement dépourvue de cils, la nouvelle paupière est d'ailleurs parfaitement organisée et n'a subi encore évidemment aucune rétraction bien considérable.

« Elle n'offre, ainsi que la conjonctive oculaire, aucune trace de rougeur et d'ulcération.

« La cicatrice le long du nez, confondue avec le sillon qui sépare cette partie de la joue, est tout à fait imperceptible, et celle de la tempe, confondue de même avec les rides qui continuent en arrière la commissure des paupières, est également insensible, et pourrait, dans tous les cas, chez les femmes surtout, être facilement cachée par les cheveux, avantage que ne présentent pas les cicatrices existant sur la face à la suite des autres procédés en usage.

« Dans ce cas, comme dans le premier que j'ai rapporté, les larmes ont repris leur cours. Quant aux mouvements très-peu essentiels d'ailleurs pour la paupière inférieure, et auxquels peuvent même jusqu'à un certain point, suppléer ceux de la partie supérieure de la face, ils sont restés, ici, comme chez notre première opérée, presque aussi prononcés que ceux des paupières normalement conformées. Et il est facile de comprendre, comme nous l'avons dit, combien ce procédé que nous employons doit l'emporter sous ce rapport sur les autres procédés à lambeaux disséqués de toutes pièces et rapportés de très-loin; car il est évident que dans ces procédés les fibres musculaires qui entourent l'orbite restent complétement en dehors du lambeau dont elles servent tout au plus à former le pédicule, tandis que, dans notre manière de faire, le faisceau du palpébral qui avoisine la perte de substance est rapporté tout entier au contour de l'orbite.

« Obs.—III *Tumeur lacrymale.—Désorganisation du sac lacrymal et de la partie inférieure droite par l'action d'un caustique. — Guérison de la fistule lacrymale par une canule particulière. — Restauration de paupière, par glissement du lambeau pris sur le côté correspondant du nez.* — La femme Grand, de Sennusac, portait depuis longtemps à l'œil droit une

tumeur lacrymale qui s'enflammait parfois, et qu'elle voulut guérir par l'application d'un caustique que lui avait donné un empirique. L'action en fut tellement violente que l'œil devint en proie à une très-vive inflammation, et la face à un érysipèle considérable. Le sac lacrymal fut détruit, et toute la partie interne de la paupière inférieure, équivalant à un tiers au moins de son étendue transversale, tomba en gangrène. Il resta ainsi en avant du canal nasal une dépression demi-circulaire d'un centimètre d'étendue environ, donnant lieu à l'écoulement des larmes sur la joue et accès à l'air sur le globe de l'œil.

« Dans ce cas, la réparation de la perte de substance de la paupière ne pouvant avoir lieu avec certitude qu'après le rétablissement du cours naturel des larmes; ces deux indications, évidemment, ne pouvaient être remplies que par deux opérations successives et distinctes.

« 1° *Traitement de la fistule lacrymale.*—L'opération de la fistule lacrymale eut lieu au moyen d'une canule en or, de forme appropriée à ce cas particulier. — Le bord antérieur du pavillon était un peu relevé et d'une étendue transversale de près d'un demi-pouce, de manière à soutenir par son extrémité, dont les angles étaient un peu arrondis, la portion flottante de la paupière sur laquelle elle appuyait.

« Le bord postérieur, au contraire, très court et disposé en forme d'entonnoir pour mieux s'appliquer à l'orifice du canal osseux, était seulement creusé d'une petite gouttière pour mieux recueillir les larmes et les diriger dans le nez.

« Au bout de quelques semaines, le canal nasal était suffisamment dilaté et le cours des larmes rétabli. J'essayai alors, de la manière suivante, de remédier à la perte de substance de la paupière.

« 2° *Restauration de la paupière.* — Un petit lambeau triangulaire ayant son sommet en bas adhérent à l'aile du nez, fut détaché de cet organe et incliné en dehors, au-devant du sac lacrymal, vers la portion flottante de la paupière inférieure. La perte de substance, dont les bords avaient été primitivement rafraîchis et disséqués dans une petite étendue, se trouvait ainsi recouverte d'une manière complète par le lambeau.

« Deux très-petites épingles placées l'une au-dessus de l'autre servirent à réunir ces parties. — La plaie du nez, restée à découvert, fut pansée simplement. De petites bandelettes de taffetas gommé, et une douce compression avec un peu d'agaric et de charpie fine, eurent pour but de favoriser la réunion et de s'opposer à la traction des parties. Cette opération eut lieu le 15.

« A la levée du premier appareil, qui eut lieu le quatrième jour, la réunion était partout complète ; néanmoins, les fils de la suture, l'appareil compressif et les bandelettes adhésives furent maintenues en place plusieurs jours encore. La plaie du nez s'est recouverte assez rapidement d'une cicatrice mince, sans que pour cela le lambeau ait paru éprouver de rétraction sensible.

« La malade a conservé un épiphora, ce qu'expliquent facilement les désordres occasionnés dans les voies lacrymales ; mais la fistule et la tumeur ne se sont pas reproduites.

« Ces opérations suivies de succès, et choisies parmi quelques autres pratiquées aussi sur la paupière inférieure d'après le même procédé, m'ont paru, sous ce rapport, douées d'un certain intérêt et de nature à fournir quelques préceptes généraux pour les autres opérations du même genre.

« En 1830, M. Michelet, de Pons, dans une observation

qui se trouve relatée dans le *Bulletin général de thérapeutique* du mois d'octobre 1837, avait aussi déjà, par un procédé qui ne diffère de celui que je viens d'indiquer pour la partie interne de la paupière inférieure que par la forme quadrilatère qu'il donne à son lambeau, remédié avec un succès presque complet à la perte de substance de la partie externe de cette même paupière.

« Une rétraction assez considérable eut lieu à la suite de cette opération.

« Notre confrère l'attribue uniquement à la tendance qu'ont naturellement les parties à reprendre leur place et à la différence de tissus dont se composent le lambeau et la paupière, condition qui se prête mal à leur réunion. Les raisons physiologiques qu'il donne de ce déplacement sont assurément très-puissantes ; mais nous n'en sommes pas moins porté à croire que la forme quadrilatère du lambeau qu'il a adoptée, et qui, par le tiraillement exercé à sa base, lui empêche de s'incliner vers la paupière avec autant de facilité, est aussi de nature à favoriser cet accident.

« Ce motif nous porte à donner de préférence au lambeau une forme triangulaire ou trapézoïde, en inclinant davantage au-dessous de l'orbite et en prolongeant plus bas, selon le précepte général de Lisfranc, l'incision qui doit le borner en dedans ou en dehors, dans le cas de restauration interne ou externe de la paupière inférieure.

« Il est vrai qu'en prescrivant ainsi de rétrécir le pédicule, nous paraîtrons peut-être en opposition avec un principe général en autoplastie, propre surtout à la méthode du glissement, et que nous semblons nous-même avoir eu en vue de suivre (quoique dans un but tout différent) dans nos opérations de restaurations totales ;

celui de conserver le lambeau adhérent dans une grande étendue, pour mieux en assurer la nutrition. Mais si la méthode indienne, avec les procédés ordinaires dans lesquels le lambeau n'a qu'un pédicule extrêmement étroit, auquel on fait subir en outre un mouvement de renversement et de torsion pour pouvoir l'appliquer, offre encore des chances de vitalité suffisantes, à plus forte raison doit-on conserver peu de crainte sous ce rapport, lorsque ce pédicule est plus large, ne change presque pas de place et n'a aucune torsion à éprouver.

« Pour nous, en effet, ce qui nous a engagé, dans nos deux opérations totales (et dans celles-ci seulement) à ne pas pratiquer d'incisions en arrière, les parties offrant d'ailleurs assez de laxité pour pouvoir être rapprochées et réunies sans trop de tiraillement, c'est particulièrement afin que le lambeau, mieux soutenu en haut sur la tempe, puisse aussi se maintenir plus facilement au devant de l'orbite et s'opposer au renversement de la nouvelle paupière.

« Il a donc été pratiqué, comme on le voit, jusqu'ici, par la méthode du *glissement*, méthode de Celse, et par le même procédé à peu près, une restauration de la partie externe de la paupière inférieure par M. Michelet, et par nous une restauration de la partie interne de cette paupière et deux réparations totales.

« Resterait donc, pour ramener aux mêmes règles, aux mêmes préceptes généraux, toutes les indications exigées par les pertes de substance de la paupière inférieure, de pouvoir remédier de la même manière à celles qui occuperaient la partie moyenne de cet organe.

Or, ce moyen consisterait, selon nous, à appliquer tout simplement à cette restauration de la partie moyenne de la paupière le même procédé que pour la

partie externe : pour cela, on agrandirait de la même manière la commissure externe par une incision horizontale prolongée sur la tempe. On en pratiquerait de même une en arrière, dirigée obliquement vers la joue, de manière à circonscrire un lambeau en forme de triangle ou de trapèze, et on détacherait de l'orbite la portion externe de la paupière, afin de pouvoir la rapprocher du centre et la mettre en contact avec la partie interne. On pourrait ici, avec plus de perfection encore, au lieu de détacher seulement de l'orbite la portion externe de la paupière avec la muqueuse qui la tapisse, disséquer avec soin cette membrane, pour conserver ses insertions à l'œil et l'appliquer aux parties qui doivent être rapportées en dehors. Cette manière de faire, plus délicate à la vérité, offrirait peut-être, en revanche, plus de régularité et de garantie contre la rétraction.

« Quoi qu'il en soit, il est facile de voir, par ce procédé, que la partie moyenne de la paupière enlevée se trouve ainsi remplacée par la partie externe, et celle-ci par des parties nouvelles empruntées à la tempe.

« Par ce moyen, on n'aurait évidemment qu'un seul procédé pour les réparations de la partie moyenne et de la partie externe de la paupière inférieure, et ce procédé, à part le léger inconvénient de détruire, dans ce dernier cas, les adhérences naturelles d'une portion de la paupière, pour lui en faire contracter de nouvelles en dedans, offrirait d'ailleurs les mêmes avantages d'un lambeau également bien nourri, d'une exécution également facile et d'une cicatrisation régulière.

« Si ce procédé est possible pour la réparation de la totalité de la paupière; si, dans ce cas, les téguments de la face et de la tempe offrent le plus souvent assez de

laxité pour pouvoir, même sans incision en arrière, permettre au lambeau de recouvrir toute la perte de substance, à plus forte raison devra-t-il suffire quand il ne s'agit que d'une portion à réparer.

« Ce procédé nous paraît surtout de beaucoup préférable à celui dont nous avions d'abord conçu l'idée, et qui consistait à remplacer l'incision ordinaire en V, destinée à circonscrire la maladie, par une incision rectangulaire, dont on prolongerait ensuite verticalement sur la joue les deux incisions latérales, de manière à détacher un lambeau de la forme d'un rectangle, adhérent en bas, et qu'on remonterait jusqu'au niveau de deux portions restantes de la paupière inférieure pour l'y fixer au moyen d'épingles disposées de chaque côté.

« Ce procédé, un des moins satisfaisants évidemment à cause des cicatrices vicieuses qu'il laisserait sur la partie de la face la plus apparente, serait aussi, malgré l'application soutenue du bandage unissant, plus propre que tout autre à favoriser la rétraction des tissus, et par suite le renversement de la paupière, le point de traction se trouvant placé tout à fait en bas, dans la partie de la face la plus mobile. »

M. Guillon n'a pas connu, on le voit par son travail, l'observation de blépharoplastie pratiquée en 1836, par M. Cunier, et consignée dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, et reproduite dans le 1er vol. supplémentaire des *Annales d'Oculistique* (pag. 34-37; *voir* aussi la fig. 4 de la planche).

M. Serre (*Traité cité*, p. 404) rapporte un fait de restauration palpébrale propre à donner, avec ceux ci-dessus, une juste idée de la méthode française.

Une femme portait sur la pommette, du côté gauche, un ulcère cancéreux s'étendant à la paupière

et ayant au moins un pouce et demi dans son plus petit diamètre. Sa forme était à peu près celle d'un quadrilatère.

M. Serre pratiqua une série d'incisions BG, CF, BC, DE, de manière à enlever la totalité des parties ulcérées et à détacher en dessous, dans l'épaisseur de la joue, un lambeau carré DG, EF, auquel il fit subir un mouvement d'ascension qui ramena la ligne DE à la hauteur de la ligne BC (fig. 1, planche I). Quelques points de suture maintinrent tous ces tissus en contact et réparèrent ainsi la perte de substance. Lorsque la malade sortit de l'hôpital, on voyait à peine sur sa figure trois cicatrices linéaires.

« Ce procédé, dit M. Serre, a surtout le grand « avantage de permettre de fermer exactement la « plaie qui résulte de l'opération, avec le lambeau « même qui sert à constituer la nouvelle paupière. « Le procédé de M. Dieffenbach est déjà imparfait, « par cela seul qu'il ne remplit pas cette dernière « condition. Quoi qu'on en dise, le voisinage d'une « plaie avec perte de substance sera toujours un « inconvénient en pareil cas. »

b) *Nouveau mode de restauration, par M. Bérard.*

M. Bérard (*Gaz. méd.*) a fait voir à l'Académie de médecine de Paris une pièce curieuse d'anatomie pathologique, provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé, deux années auparavant, un cancer de la joue droite. La lésion s'étendait en profondeur jusqu'à l'os de la pommette et au muscle masséter exclusivement. Le canal de Sténon, compris dans la masse morbide, fut enlevé avec elle; il n'en résulta aucune fistule, et la malade guérit parfaitement. Mais la rétraction de la cicatrice entraîna, au bout de plusieurs mois, les paupières en dehors, et pro-

duisit leur renversement. Pour remédier à ce double ectropion, M. Bérard mit en usage un procédé de blépharoplastie « qui n'a point encore été employé. » Il fit une incision verticale à un centimètre de distance de l'angle externe des paupières, longue de 3 à 4 centimètres; la lèvre interne de la plaie fut détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, fut peu à peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors. Puis, pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard prit un lambeau de peau sur la région temporale, et il l'enchâssa dans la plaie verticale qu'il avait pratiquée en dehors des paupières. L'opération réussit et l'ectropion disparut à peu près complétement. Cette femme a succombé à une affection organique interne plusieurs mois après avoir subi l'opération d'autoplastie dont nous venons de parler. L'examen de la pièce pathologique montra que le lambeau ne s'était nullement ratatiné; il était tellement enchâssé dans les parties voisines, et si bien de niveau qu'il fallait y regarder de très-près pour reconnaître son point d'union avec elles. Il en différait cependant en ce que, du côté de sa face profonde, il n'y avait pas de tissu adipeux, mais seulement une couche assez épaisse de tissu cellulaire très-vasculaire.

c) *Méthodes temporo-faciale et naso-faciale.* — M. Serre fait connaître ces deux méthodes, p. 407, de son ouvrage. La première s'applique à la restauration des deux paupières. La seconde à celle de la paupière inférieure: (Pl. I, fig. 2 et 3). L'une et l'autre appartiennent à la méthode indienne, et se rapprochent des méthodes opératoires de MM. Dzondi, Jüngken, Fricke; elles en diffèrent essentiellement,

en ce sens que ces opérateurs ne s'inquiètent pas de la plaie qui résulte de l'enlèvement du lambeau; tandis que le chirurgien espagnol, M. Hysern y Molleras, auteur de la méthode dont parle M. Serre, y remédie.

« Selon M. Hysern, (nous laissons parler M. Serre) la blépharoplastie n'a pas seulement pour objet de réparer une perte de substance ; le chirurgien doit encore s'appliquer, en pratiquant cette opération, à tailler les lambeaux de manière à ce qu'ils contiennent, dans leur épaisseur, un certain nombre de fibres du muscle orbiculaire des paupières, et que, par l'effet du changement de position qu'ils doivent subir, les fibres musculaires conservent une direction favorable aux mouvements naturels des paupières. — M. Hysern ne s'est pas tenu là : il a senti, mieux que ne l'avait fait M. Fricke, que pour un succès complet dans la blépharoplastie, il fallait aussi, d'une part, emprunter le lambeau sur une partie de la face où les cicatrices puissent être facilement masquées, et de l'autre, se mettre dans le cas de les rendre peu apparentes, en réunissant la plaie provenant de l'opération. Telles sont du moins les intentions diverses qu'il a voulu remplir, en proposant la méthode *temporo-faciale* (1). »

Quant au procédé que M. Hysern y Molleras nomme méthode *naso-faciale*, et qui a pour but d'emprunter une portion de peau au côté interne de la joue et à la face externe du nez, l'auteur ne

---

(1) *Tratado de la blefaroplastia temporo-facial, o del metodo de restaurar las destrucciones de los parpados*. p. 105, Madrid, 1834.

se dissimule pas que les fibres qui doivent servir à doubler ce lambeau, (et qui proviennent surtout du pyramidal et du transversal du nez) n'ont pas la direction qu'elles devraient avoir pour mettre en jeu les paupières ; aussi n'attache-t-il à ce procédé qu'une importance relative.

M. Serre rappelle (p. 410-411, note) la description que donne M. Rigaud (*De l'anaplastie*, Paris 1841, p. 186) de la manière d'agir de M. Diego Argumosa : « Il commence, dit M. R., par faire une incision quasi-horizontale partant de l'angle externe de l'œil jusqu'à la tempe, et d'une longueur égale à la distance qui sépare ce qui reste de la paupière jusqu'à l'angle interne de l'œil ; ensuite, il fait une autre incision oblique de l'extrémité externe de la première, et jusques au-dessous de la pommette ; il dissèque le lambeau et le transporte en le faisant glisser en dedans jusqu'au grand angle de l'orbite pour former avec son bord libre la paupière. Ce procédé, mis en usage en 1832 par M. Argumosa, en Espagne, est exactement celui que M. Dieffenbach pratiqua en 1835, à la Pitié, à Paris, sur un malade que lui avait confié M. Lisfranc. »

« C'est en 1829, ajoute M. Serre, p. 411, que M. Hysern y Molleras mettait déjà en pratique la méthode temporo-faciale, c'est-à-dire, à une époque où les travaux de M. Dieffenbach n'étaient pas encore connus en France. »

MM. d'Ammon et Baumgarten (*Die plastische Chirurgie*, 1842, p. 227, et *Jour. für Ch. u. Aug.* n° 1, p. 105), traitent ces réclamations de *Vaticinium post eventum*.

Pour ce qui est de la réunion des bords de la plaie constituée par le vide laiss[illegible] lambeau

transplanté, M. Paul Baroni (1) y a songé avant la publication du mémoire de M. Hysern. L'inspection de la figure 8 de M. Baroni en fournit la preuve; (la fig. 6 représente la difformité, la fig. 7, montre le lambeau détaché, la fig. 8 le montre transplanté; les bords de la solution sont partout affrontés au moyen de la suture. Il s'agit dans ce cas d'une restauration partielle de la paupière inférieure; le lambeau a été emprunté à la région *temporo-faciale*.)

d) *Observations pratiques de MM. d'Ammon et Baumgarten.* — Nous extrayons les deux observations suivantes du journal de MM. d'Ammon et de Walther, n° 2.

Observation d'une blépharoplastie, par la méthode de Dieffenbach, pratiquée sur un homme de soixante ans, affecté de carcinôme de la paupière inférieure.—Cette observation est rapportée par M. d'Ammon (*Journ. cité*, n° 2); elle est extraite de l'ouvrage qui lui est commun avec M. Baumgarten. La tumeur adhérait aux téguments extérieurs et au bord tarsal de la paupière inférieure; elle naissait à quelque lignes du point lacrymal, comprenait tout le bord du tarse, descendait inférieurement à plus de six lignes, et parvenait au canthe externe, où la dégénérescence semblait unie à la conjonctive scléroticale, qui était œdémateuse et d'un aspect rouge foncé, principalement à la partie

---

(1) Paulli Baroni, Historiae de gena, labio, et palpebra varie mutilis atque deformibus, Bononiae annis 1831 et seq. per cutis insitionem plane instauratis (Sermo habitus in convent. Acad. Scient. Bonon. diei 21 februarii 1834).

supérieure et externe. Une verrue avait été le point de départ de ce mal, certainement carcinômateux. A la suite d'applications de caustiques, elle avait commencé à suppurer, et s'était ensuite ulcérée. La santé générale était bonne.

L'opération eut lieu selon la méthode de Dieffenbach.

M. d'Ammon fit, à partir du point lacrymal, une incision comprenant la peau saine de la paupière et de la joue; de la partie supérieure de celle-ci partait une autre incision dirigée vers l'angle interne de l'œil. La paupière inférieure comprise entre ces deux incisions, fut détachée de bas en haut. Le bord inférieur mis ainsi à nu, on vit que la conjonctive était dégénérée, surtout vers l'angle externe; M. d'Ammon en enleva le plus qu'il put. L'hémorrhagie une fois arrêtée, M. d'Ammon procéda à la formation du lambeau à transplanter; il le prit dans la région temporale et le transplanta de la manière accoutumée dans le vide laissé par la paupière enlevée; il fut fixé à l'angle externe par la suture entortillée. Ici de grandes difficultés furent rencontrées, le reste de la paupière inférieure ayant en cet endroit fort peu de solidité, et se déchirant pendant la formation des sutures. L'absence de conjonctive ne permit pas de revêtir avec cette membrane le bord supérieur libre du lambeau; la faible portion qui subsistait de la paupière inférieure se distendit fort heureusement pendant la cicatrisation, bien que la suppuration des sutures eût mis obstacle à la réunion par première intention; ce moignon s'étendit assez pour remplir presque entièrement la fente palpébrale, jusqu'à l'angle externe de l'œil, pendant que la portion cutanée transplantée se resserrait sur elle-même et revenait en dehors. La

grande déperdition de substance n'avait pas permis de suivre le conseil de M. Chélius; c'est-à-dire de réunir par la suture les bords de la plaie que l'enlèvement du lambeau laisse dans la région temporale (1).Cette plaie fut comblée en quelques semaines par des bourgeons charnus, et ne laissa qu'une cicatrice étroite, à peine visible. Après cinq semaines, la fente palpébrale était aussi grande que celle du côté opposé; les paupières n'offraient rien d'anormal, ni dans leur situation ni dans leurs mouvements; le globe était libre, la conjonctive nullement rouge; malheureusement, deux mois plus tard, un nouvel ulcère sanieux se montra à l'angle externe de la nouvelle paupière; le malade ne voulut pas se soumettre une seconde fois à l'opération.

Observation d'une blépharoplastie pratiquée

---

(1) C'est dans une lettre adressée à M. d'Ammon, et insérée dans la *Monatsschrift* de professeur de Dresde, (1838) que M. Chelius a fait connaître qu'il comblait par la réunion au moyen de la suture, le vide laissé par l'enlèvement du lambeau destiné à former la nouvelle paupière La lettre de M. Chelius a été reproduite dans le premier volume des *Annales dOculistique* (15 janvier 1839, p. 239). Ainsi que l'a fait observer alors M. Cunier, c'est Delpech qui a indiqué le premier qu'il ne fallait pas abandonner à la suppuration la plaie pratiquée en détachant le lambeau à transplanter, mais qu'il fallait au contraire en affronter les bords par la suture. M. Phillips (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, 1838) qui a restauré plusieurs paupières par la méthode de M.Dieffenbach, a agi comme M.Chelius; cette conduite est aujourd'hui généralement adoptée en Allemagne et en Belgique. Le reproche que M. Serre adresse ci-dessus, p. 93, au procédé de M. Dieffenbach, a donc cessé d'être fondé.

sur un enfant de six mois pour un naevus maternus de la paupière inférieure.— M. le docteur Baumgarten cite (*Journ. cité,* n° 2) l'observation suivante : appelé à donner des soins à un enfant de six mois, ce confrère reconnut qu'il était atteint d'un nævus maternus à la paupière inférieure de l'œil droit; il avait acquis en peu dé temps un volume considérable. Il formait une grosse tumeur ovale qui descendait jusque sur la joue et dans laquelle on reconnaissait des battements isochrones à ceux du pouls; il était probable qu'elle ne tarderait pas à s'ouvrir. M. Baumgarten ayant jugé l'extirpation indiquée, y procéda de la manière suivante : l'enfant fut étendu sur une table après l'avoir enveloppé tout entier dans un drap, le visage excepté, pour empêcher les mouvements qu'il aurait pu faire. Un aide tenant la tête de l'enfant, un autre le corps, M. Baumgarten comprit la tumeur dans trois incisions et l'enleva en la détachant du tissu adipeux sous-jacent. La profondeur à laquelle s'étendaient les dilatations vasculaires nécessita la section d'outre en outre du muscle orbiculaire et la partie antérieure de l'orbite se trouvant dénudée il sortit une certaine quantité de la graisse que contient cette partie. Bien que la perte de substance parût considérable, l'écoulement sanguin fut peu abondant. L'opérateur tailla dans la région temporale un lambeau qu'il fit glisser dans la plaie et il l'y maintint au moyen de quatre points de suture avec le bord tarsal qui avait une ligne et demie de large et par six autres points avec le bord de la plaie qui descendait le long du nez. La plaie à la tempe ayant été bien nettoyée, on y plaça de la charpie et des bandelettes agglutinatives. Le visage fut recouvert de compresses trempées dans de l'eau

froide et maintenues humides pendant 48 heures; malgré l'emploi de ces moyens tout le côté droit de la figure fut le siége d'un gonflement, qui cependant fut promptement dissipé. Le troisième jour la réunion par première intention était presque complète; elle était effectuée le quatrième jour et la dernière suture fut enlevée. La plaie de la région temporale se couvrit rapidement de bourgeons charnus et après huit jours la cicatrice était complète ; le lambeau transplanté présentait des cicatrices à peine visibles à son union avec les bords de la plaie et la nouvelle paupière était très-régulière.

6. *Canthoplastie.*— M. d'Ammon a donné le nom de *Canthoplastie* à l'opération qu'il a imaginée et mise en pratique dans les cas d'étroitesse de de la fente des paupières (*Zeitschrift für die Ophthalmologie*, 1832, vol. II, p. 140), qu'il avait auparavant denommée (1) *Phimosis palpébral*. (*Hecker's Litter. Annalen der ges. Heilk.* Bd. XII, s. 19.) Il en signale trois genres : 1) L'étroitesse temporaire de la fente des paupières causée par le gonflement ou l'hypertrophie des tissus environnants chez les nouveaux-nés très-gras, dans les cas d'ophthalmie où il s'opère facilement un entropion, état qui disparait

(1) Le mot *Phimosis* signifie tout rétrécissement d'un canal excréteur quelconque; c'est par abus qu'on ne désigne plus sous ce nom que le rétrécissement du prépuce. La dénomination de *phimosis palpébral*, ou de *blépharophimosis congénital* sert à M. d'Ammon pour désigner l'étroitesse congénitale des paupières; il la nomme *blépharosténose*, quand elle est acquise.

avec la diminution de l'inflammation et avec le retour de l'équilibre de la nutrition. 2) Le *phimosis véritable* à la suite d'atrophie ou diminution du globe de l'œil, causée par l'ophthalmie des nouveaux-nés ou une autre inflammation qui a occasionné une altération des paupières, surtout à leurs bords et l'inaction des muscles orbiculaires, accompagnée ordinairement d'adhérence. 3) La fente de la paupière se trouve réellement trop petite : on ne peut guère ouvrir les paupières sans provoquer de la douleur à l'angle externe de l'œil qui est le siége d'une ulcération sécrétant une matière puriforme, et saigne aisément ; à la moindre irritation il survient une douleur spasmodique dans les muscles orbiculaires, qui, quelquefois, devient habituelle et entraîne l'entropion. (voir, *Chelius Traité prat. d'oph.* II, p. 55, 56).

C'est à la dernière variété qu'est applicable la canthoplastie décrite par le professeur de Dresde (*loc. cit.*), et qui a fait le sujet d'une dissertation inaugurale défendue en 1840, à Jena, par M. Herman (1).

M. d'Ammon rapporte dans sa *Critique de la chirurgie plastique*, qui lui est commune avec le docteur Baumgarten, (ouvrage couronné par la Société de médecine de Gand), l'exemple suivant de l'application de l'opération qu'il a proposée : une jeune fille de seize ans d'une constitution scrofuleuse très-prononcée, souffrait depuis sa jeunesse d'une ophthalmie chronique avec blépharospasme

---

(1) *De Blepharophimosi et de Canthoplastice.* Jenae 1840, in-8°, p. 19,

et un fort entropion des deux côtés ; il en était résulté un obscursissement et l'épaississement de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique; la cécité était imminente. M. d'Ammon reconnut dans cet état un blépharophimosis congénital qui s'était transformé peu-à-peu en entropion des paupières. L'angle externe ayant été agrandi, la conjonctive y fut transplantée; le blépharospasme disparut et avec lui la cause de l'ophthalmie chronique, qui était due ici, à la pression exercée sur le globe par l'action du spasme des orbiculaires. L'opération fut laborieuse, le spasme des paupières rendant difficile l'écartement de l'angle pour la section des téguments; la fixation de la conjonctive dans les bords de la plaie fut facile; la réunion s'était effectuée après quelques jours et les angles nouveaux étaient formés. Du côté droit la dilatation était un peu plus grande qu'à gauche; cette différence, à peine sensible, le devint davantage parceque la paupière inférieure s'était un peu renversée en dehors. Deux semaines après cette restauration un petit lambeau de chacune des quatre paupières fut enlevé pour remédier à l'entropion. Un traitement intérieur qui fut institué fit disparaître l'épaississement de la conjonctive du globe, son obscurcissement et sa disposition aux inflammations; l'opérée a repris le travail et la guérison ne s'est point démentie.

M. d'Ammon (*Journ. cité*, p. 301) donne une figure que nous reproduisons (Planche I, fig. 4) et qui montre, vue à la loupe l'état de l'œil dont la canthe externe a subi le plus grand élargissement, la conjonctive paraît sous la forme d'un pli très prononcé, le bulbe étant dans la plus forte abduction possible.

M. d'Ammon dit en terminant : « J'engage forte-

ment les chirurgiens à essayer la canthoplastie; je dois cependant faire connaître que mon avis est que l'on retirera sans doute de bons résultats de la division sous-cutanée des muscles orbiculaires, à l'angle externe de l'œil, dans le blépharophimosis et la blépharosténose. Exécutée convenablement et à propos, cette division, diminuera les occasions de pratiquer la canthoplastie, qu'elle ne saurait cependant remplacer complétement. »

Les détails qui précédent ne faisant pas connaître assez complétement le procédé opératoire employé, nous en empruntons la description à M. Chelius (*loc. cit.*) qui la donne d'après la *Zeitschrift für die Ophthalmologie* (*l. cit.*) : « Au moyen d'un bistouri étroit, qu'on engage sous l'angle externe des paupières très-écartées et qu'on fait ressortir par les téguments extérieurs, on agrandit la fente palpébrale jusqu'au bord externe de l'orbite, puis on passe une anse de fil à travers les plis de la conjonctive oculaire, on attire celle-ci aussi fortement que possible entre les lèvres de la plaie et on fixe le fil aux téguments près de l'angle extérne de la plaie, en ayant soin de passer le point de suture de dedans en dehors et de terminer par un nœud ordinaire. Enfin, on coud avec des aiguilles et de la soie très-fine, la conjonctive avec les bords de la plaie dans laquelle on l'a engagée et en sorte que les sutures se trouvent fixées de dedans en dehors. »

7. *Epicanthus.*—Une observation d'épicanthus accidentel, publiée par M. Desmarres (*Ann. d'Ocul.*, VI, p. 236), a été commentée par M. d'Ammon (*Journ. cité*, p. 408), qui est entré dans de nouvelles considerations sur cette difformité et le strabisme qui l'accompagne. C'est dans le premier volume de sa *Zeitschrift* (p. 533) et dans l'*Encyklopaedie*

der medicinische Wissenschaften (vol. XI, p. 330, que le professeur de Dresde en a donné la première description; il en a parlé depuis dans ses *Klinische Darstellungen* (vol. III, p. 1); des dessins ont été donnés tant dans ce dernier ouvrage (pl. I, fig. 1-6) que dans la *Zeitschrift* (I, pl. V, fig. 1, 2, 7; II, pl. I, fig. 8). M. Radius (*Handwoerterbuch der Chirurgie u. Augenh. von Walther, Jaeger u. Radius*, vol. II, p. 485) avait, dès 1837, et par conséquent avant M. Carron du Villards (*Guide prat.*, I, p. 388), établi l'existence de l'épicanthus accidentel.

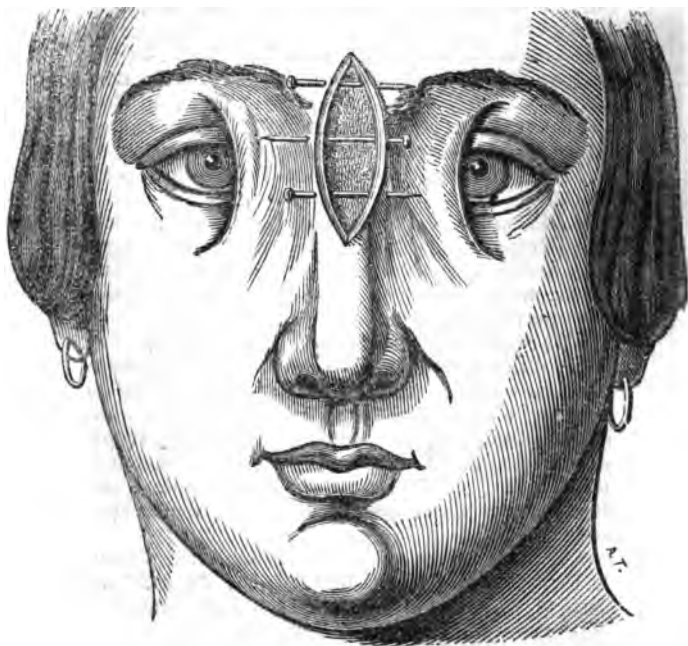
M. d'Ammon signale un cas dans lequel il a mis dernièrement en pratique l'opération qu'il a proposée, *la rhinoraphie*; la difformité palpébrale disparut, mais le strabisme persista; la myotomie oculaire parut nécessaire.

« Il résulte des observations publiées jusqu'à ce jour, dit en terminant M. d'Ammon, que l'épicanthus est *monoculaire* ou *double*, *congénital* ou *acquis*. L'épicanthus congénital est simple, ou compliqué de blépharoplégie, de strabisme. L'épicanthus acquis est temporaire (dû à une inflammation des téguments), ou permanent, (suite d'une modification organique de la peau, d'une blessure, etc.) »

Les deux figures que nous reproduisons, d'après le *Guide* de M. Carron du Villards, donnent une juste idée, et de l'épicanthus, et de l'opération que M. d'Ammon a nommée *rhinoraphie*.

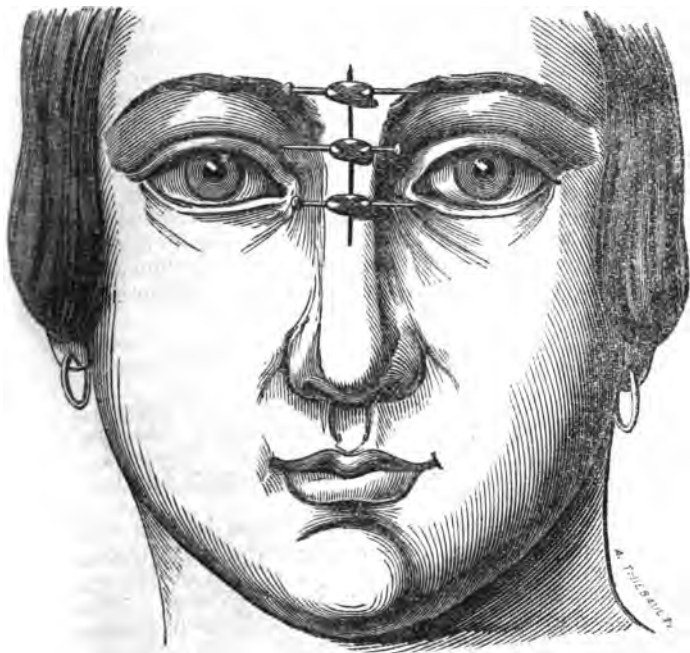
La figure ci-derrière représente un cas d'épicanthus. L'incision semi-elliptique indique la forme que doit avoir la déperdition de substance pour faire disparaître le repli falciforme. Quoique le dessin ait été pris d'après nature, l'artiste a exagéré la ma

ladie, et cela, d'après le conseil de M. Carron du Villards.



La figure ci-contre montre la disparition de l'épicanthus, au moyen de l'opération; la réunion des bords de la perte de substance par la suture entor-

tillée a réduit en une ligne l'incison sémi-elleptique de la figure première.



8. *Spasme des paupières.* — M. Fischer (*Schweizerische Zeitschrift*) a fréquemment rencontré cette affection chez les enfants; elle était

toujours due à la présence de vers dans l'intestin, et cessait dès que leur expulsion avait eu lieu sous l'influeuce des anthelmintiques.

La *nictitatio palpebrarum*, persistant après la disparition de la cause qui lui a donné naissance, avait jusqu'ici été regardée comme incurable. M. Cunier a annoncé à la Société de médecine de Gand qu'il l'avait combattue avec succès par la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral. La possibilité de guérir cette affection par la section musculaire, avait déjà été indiquée par M. Phillips dans sa brochure *Du strabisme* (1841, p. 126), mais ce chirurgien n'avait point mis ce moyen à exécution. Le *Bulletin de la Société de médecine de Gand* n'ayant point fait mention de la communication qui lui a été faite, M. Cuuier croit devoir prendre date ici.

§ V. Maladies du globe de l'oeil.

I. *Spécificité dans les ophthalmies.*—L'*Examinateur médical*, p. 142, rend compte dans les termes suivants d'un travail de M. Fario (*Memoriale della Med. contemporan.*) sur la spécificité dans les ophthalmies :

« Quoique ce travail soit écrit dans des vues un peu spéculatives, il exprime des idées si graves en pathologie et en thérapeutique, et dont quelques-unes diffèrent de celles que nous professons, que nous ne voulons pas les laisser complétement passer sans examen. Suivant l'auteur, il y a deux sortes de spécificité : la spécificité *de la cause* et la spécificité *de la forme ;* la première est la spécificité *essentielle*. Quant à la seconde, il est nécessaire de préciser mieux qu'on ne fait généralement quelles

sont les conditions qui la constituent. Dans beaucoup de cas, les symptômes, dits spécifiques, n'existent pas, ou, s'ils existent, se compliquent d'une affection appartenant à toute autre classe que celle qui est considérée comme spécifique ; enfin, les signes *pathognomoniques* et les signes différentiels ou *spécifiques* sont deux choses différentes. Jusques-là nous sommes d'accord, ou à peu près, avec notre honorable confrère ; mais, ajoute-t-il, quand il serait prouvé que ces signes spécifiques existent constamment dans le cadre symptomatologique, ils ne feraient qu'ajouter à ce cadre un criterium de plus en plus propre, avec les autres, à mettre en lumière la cause de la maladie *générale* et conduire à un traitement *général*, mais ils n'entraîneraient aucune modification particulière dans le traitement local. Il est certain, au contraire, que, dès lors qu'on admet la spécificité des causes, il faut admettre la spécificité des effets, c'est-à-dire, des formes ; et s'il y a des formes réellement spécifiques, elles doivent conduire à la connaissance de la spécificité étiologique et, par là même, à l'indication d'un traitement spécifique. Or, la spécificité de la forme gît surtout dans les caractères locaux ; et souvent ces caractères suffisent au diagnostic en l'absence de ce que M. Fario appelle les symptômes pathognomoniques. Ce n'est pas que nous admettions toutes les formes spécifiques qu'on a tant multipliées dans ces derniers temps ; mais des abus ne peuvent suffire pour condamner un principe. »

2. *Caractères différentiels des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse bornées à la conjonctive.*— M. Desmarres a traité ce sujet dans la *Gazette des Hôpitaux*, 17 septembre. Voici ses remarques :

« Avant d'examiner les caractères qui distinguent

les ophthalmies catarrhales des ophthalmies scrofuleuses, il est bon de se demander, d'abord, s'il est permis, dans l'état actuel de la science, d'admettre de semblables distinctions, et s'il est possible d'observer raisonnablement entre elles des différences anatomiques tranchées.

« Nous verrons, par ce qui va suivre, je veux dire par l'étude attentive des divers caractères que nous présentent les malades soumis à notre examen, que les doctrines qui n'admettent pas, dans des limites raisonnables, la spécificité de certaines ophthalmies, sont loin d'être le résultat d'une rigoureuse observation des faits. Il ne sera pas sans intérêt, je pense, au moment où les affections catarrhales de toute nature commencent à devenir fréquentes, de rechercher si ces ophthalmies offrent, ou non, des caractères anatomiques et physiologiques particuliers qui permettent de les distinguer d'autres maladies oculaires, et surtout si, de cet examen, doit résulter, pour le praticien, l'indication de données pratiques en ce qui touche le traitement. Voyons d'abord rapidement les caractères principaux de la conjonctivite.

« 1° *Conjonctivite catarrhale.* — *Symptômes anatomiques.* — On reconnaît sur la portion palpébrale de la conjonctive des stries vasculaires fines, rouges-jaunâtres, légèrement flexueuses, presque parallèles, dont la base est tournée vers le bord libre des paupières et le sommet en sens inverse. L'extrémité de ces vaisseaux, dans le degré le plus simple de la maladie (1er degré des auteurs), ne va pas plus loin que le cul-de-sac conjonctival; de sorte que si l'on abaissait la paupière inférieure et si l'on ne voyait pas, en même temps que d'autres caractères sur lesquels nous allons bientôt revenir, une rougeur particulière de la peau qui revêt la paupière vers

ses bords, surtout dans le grand angle, la maladie pourrait passer inaperçue. Mais d'un degré plus avancé (2e degré), la conjonctivite catarrhale est plus facile à reconnaître : le sommet des vaisseaux que nous avons laissé dans le cul-de-sac de la conjonctive, se relève sur la portion bulbaire de la muqueuse, et envahit bientôt tout le blanc de l'œil jusqu'à un millimètre environ de la cornée qui semble alors entourée par un anneau blanc très-remarquable. Il est probable que cette portion de la conjonctive scléroticale demeure ainsi exempte de toute vascularisation, à cause du tissu cellulaire très-dense qui l'attache aux parties sous-jacentes. La couleur des vaisseaux, à ce deuxième degré de la maladie, est encore plus tranchée que dans le premier degré, à cause du fond blanc sur lequel ils reposent. Ce n'est plus la couleur rouge-vif de la conjonctivite essentielle, ni la coloration rouge-violacé de la conjonctivite scrofuleuse, c'est une teinte rouge-vermillon à laquelle on aurait ajouté une grande proportion de jaune. Enfin, et au degré le plus aigu et le plus grave de cette conjonctivite (3e degré), l'anneau blanc péricornéen disparaît, et les vaisseaux envahissent la cornée dans une étendue d'un à deux millimètres, d'une manière régulière, dans tout son pourtour. On voit alors très-souvent apparaître un chémosis ou séreux ou inflammatoire, en même temps que des ecchymoses sous-conjonctivales, et l'iris, qui jusques là n'avait point paru se ressentir de l'état morbide de la conjonctive, devient un peu moins mobile. C'est à ce moment que de graves lésions peuvent survenir ; nous nous en occuperons en établissant le diagnostic différentiel des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse lorsqu'elles ont dépassé la conjonctive.

« Un caractère tranché de l'ophthalmie catarrhale, c'est l'apparition sur la conjonctive palpébrale, à tous ses degrés, de granulations d'autant plus épaisses que l'affection revêt une forme plus aiguë et plus chronique. Au premier degré, par exemple, la muqueuse semble être parsemée de sable rouge très-fin, ce qui lui donne un aspect velouté, tandis que dans les autres, surtout lorsque l'affection est passée à l'état chronique, toute sa surface est recouverte de granulations dont le volume peut égaler et même dépasser celui d'une graine de chenevis.

« *Symptômes physiologiques*. — Une sécrétion muqueuse ou muco-puriforme, plus ou moins abondante, accompagne toujours la conjonctivite catarrhale. Des filaments muqueux jaunâtres voyagent incessamment du cul-de-sac de la conjonctive sur la cornée et obscurcissent momentanément la vue, puis viennent se réunir au grand angle de l'œil. Le matin au réveil, ces mucosités, dont la partie liquide s'est volatilisée la nuit, agglutinent les cils et maintiennent plus ou moins les paupières collées. Dans le grand angle de l'œil, quelquefois assez bas sur la joue, on remarque des croûtes jaunâtres semblables à celles qui sont à la base des cils et qui les réunissent sous forme de petits pinceaux. Cette sécrétion est fournie dans le principe par les follicules sébacés et les larmes, mais, plus tard, et en même temps par les glandes de Méibomius dont la vitalité est sur-excitée. Il n'y a pas de larmoiement photophobique tant que la phlegmasie est bornée à la conjonctive.

« La douleur, sauf une sensation de chaleur incommode et de corps étranger roulant sous la paupière supérieure, particulièrement le soir, quelquefois aussi le matin, est à peu près nulle. Cette

affection attaque les individus des deux sexes, quels que soient leur âge et leur constitution.

« *Traitement de la conjonctivite catarrhale.* — Dès que le diagnostic de cette affection oculaire est assis, quel que soit le degré auquel la phlegmasie ait frappé la conjonctive, pourvu que la cornée ne soit pas envahie et qu'il n'y ait pas de photophobie, les astringents seuls pourront répercuter l'inflammation dans sa période d'acuité. Les collyres de plomb, de zinc, de cuivre, seront du plus grand secours; mais le moyen par excellence, celui qui ne compromet jamais rien dans cette ophthalmie et qui réussit le mieux à l'enrayer dans sa marche, est l'application, chaque jour, sur la surface palpébrale de la muqueuse oculaire, d'un crayon de sulfate de cuivre. Souvent alors, dans l'espace de quelques jours, la sécrétion, les granulations et la vascularisation ont disparu.

« Malheureusement, nulle affection oculaire ne passe aussi vite à l'état chronique que la conjonctivite catarrhale; le crayon de sulfate de cuivre est alors au moins inutile, et il faut réveiller la vitalité des tissus par des moyens appropriés, parmi lesquels le nitrate d'argent, les pommades de précipité rouge, l'excision des granulations, si elles sont très-épaisses, tiennent le premier rang. On peut aider encore ces moyens en provoquant par de fréquents purgatifs salins l'action sécrétoire de la muqueuse intestinale.

« Nous aurions bien des choses à dire sur l'ophthalmie catarrhale, mais elles trouveraient beaucoup mieux leur place dans une monographie qu'ici. Passons à l'étude rapide des caractères de l'ophthalmie scrofuleuse bornée à la conjonctive.

« 2° *Conjonctivite scrofuleuse.* — *Symptômes*

anatomiques. — La portion *bulbaire* de la conjonctive, en partie seulement, et le plus souvent dans la direction des muscles droits interne ou externe, est frappée d'inflammation. Un ou deux vaisseaux seulement, quelquefois une vingtaine, toujours réunis sous forme d'un triangle dont la base est tournée vers le cul-de-sac de la conjonctive, et le sommet vers la cornée, sont, à eux seuls, tous les symptômes anatomiques appréciables. Ces vaisseaux sont tortueux, plus gros que ceux de l'injection catarrhale et placés souvent sur deux plans; les plus superficiels, plus fins, sont d'un rouge pâle, clair, et les profonds, placés dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, d'un rouge violacé très-foncé. Que les vaisseaux soient nombreux ou non, leur sommet se termine assez souvent par une petite pustule remplie d'un liquide jaune-clair, placée le plus souvent à cheval sur l'insertion de la cornée avec la sclérotique.

« La conjonctive palpébrale reste tout-à-fait étrangère à l'inflammation de la conjonctive sclérotticale, dont la gravité est en raison directe du nombre des vaisseaux.

« Le plus souvent, la conjonctivite scrofuleuse se termine par résolution, quelquefois aussi par une kératite vasculaire superficielle triangulaire partielle, avec épanchements, ulcérations, etc.

« *Symptômes physiologiques.* — Lorsque les vaisseaux sont peu nombreux, le malade n'accuse ni gêne, ni douleur, ni chaleur. La présence des pustules seules, donne quelquefois la sensation d'un corps étranger roulant sous les paupières. La sécrétion de la muqueuse n'est pas augmentée, le bord des paupières ne s'enflamme point; il n'y a pas de photophobie. Ce dernier symptôme ne se montre

que lorsque la phlegmasie de la conjonctive passe à d'autres membranes. La conjonctivite scrofuleuse simple ne passe jamais à l'état chronique. Pendant sa durée le corps papillaire de la muqueuse palpébrale ne se développe pas.

« Cette affection attaque principalement les enfants chétifs des deux sexes; les individus scrofuleux, les femmes plutôt que les hommes. Ce n'est qu'une rare exception quand on l'observe sur des individus vigoureux.

« *Traitement.* — Il doit être mesuré sur la gravité de l'affection; quelques sangsues au-devant de l'oreille, des purgatifs, des antimoniaux unis au calomel pendant la période aiguë; plus tard des vésicatoires volants, pour hâter la résolution, et tout au plus un léger collyre de borax (50 centigrammes pour 100 grammes d'eau) suffisent d'ordinaire pour ramener les tissus à l'état normal. On recommande ensuite une bonne nourriture, du vin rouge, des viandes rôties, des iodures, etc., pour préserver les malades d'une rechute et pour modifier leur constitution. Il est important ici de rappeler une chose, c'est que l'emploi des collyres astringents forts pendant la première période de la conjonctivite scrofuleuse a pour effet, dans la très-grande majorité des cas, de faire passer la phlegmasie aux membranes internes, et de provoquer la photophobie, symptôme si rebelle, comme on sait, chez les individus à tempérament scrofuleux.

« En résumé, nous voyons dans la conjonctivite catarrhale les symptômes suivants : inflammation commençant par toute la portion palpébrale de la conjonctive, s'étendant selon les degrés de la maladie, jusqu'à la périphérie de la cornée et même plus loin, toujours d'une manière générale, uniforme;



couleur rouge-jaunâtre très-prononcée des vaisseaux ; rougeur du bord des paupières, particulièrement au grand angle; sensation de cuisson incommode dans l'œil ; sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante; agglutination des cils et des paupières le matin ; développement des granulations, sans exception ; terminaison par le chémosis, par de larges infiltrations inter-lamellaires dans la cornée, extrême tendance à l'état chronique. Traitement au début par les astringents forts sans qu'on ait aucunement à craindre de voir survenir un état de choses plus grave, etc., etc.

« Dans la conjonctivite scrofuleuse, au contraire, injection partielle de la portion scléroticale de la conjonctive s'arrêtant près de la cornée et formant un triangle dont le sommet se termine le plus souvent par une pustule. Couleur violacée des vaisseaux, point de rougeur du bord des paupières, point de sécrétion, rarement une sensation de corps étranger, pas de cuisson incommode, pas de granulations. — Terminaison, le plus souvent, par la résolution; autrement par une kératite vasculaire partielle, triangulaire, et dans ce cas, jamais de chémosis ni séreux, ni phlegmoneux. Le traitement différencie encore mieux les deux affections : au début, si l'on prescrit des collyres astringents forts, on exaspère l'inflammation, tandis que l'on guérit par des antiphlogistiques légers, des purgatifs, des révulsifs et un traitement général. Le meilleur moyen de faire passer à l'état chronique une conjonctivite catarrhale, c'est de la traiter ainsi.

« Enfin cette ophthalmie n'attaque en général que les enfants des deux sexes, des sujets scrofuleux, tandis que la catarrhale n'épargne personne. »

3. *Ophthalmie catarrhale*. — M. le docteur

Vallez, médecin belge (?), a rapporté dans la *Gazette médicale de Paris* (n° 45 pag. 713) un fait qui vient à l'appui des considérations ci-dessus de M. Desmarres. Il s'agit d'un enfant lymphatique, âgé de 5 ans, « affecté d'une ophthalmie purulente très-grave, » à qui M. Vallez prescrivit, du 4 mai jusqu'au mois d'août, 41 sangsues au devant des oreilles, un vésicatoire à la nuque, 14 vésicatoires de Janin derrière les oreilles, 30 paquets de calomel, 80 paquets d'éthiops minéral; collyre de nitrate d'argent à 30 centigrammes pour 10 décigrammes d'eau; un autre collyre à 53 centigrammes. » Malgré tous ces moyens, dit en terminant M. Vallez, les ulcérations ne se cicatrisaient pas, mais ne s'étendaient pourtant pas davantage. La santé de l'enfant s'épuisait; un amaigrissement notable était survenu, quelque bonne et forte que fût la nourriture, et malgré les soins que prenaient ses parents d'exécuter nos prescriptions. Le citrate de fer avait été pris à la dose de 6 grains par jour pendant le dernier mois. Il n'y avait pas à balancer; suivre la même route, c'eût été infailliblement conduire, en ne lui sauvant peut-être pas les yeux, cet enfant à un épuisement funeste; M. Desmarres prit donc, ainsi qu'il l'avait déjà fait pour deux autres jeunes malades de Versailles, à peu près dans le même cas, la résolution de prescrire le nitrate d'argent à haute dose. Dès le jour même de l'emploi de ce médicament, l'enfant ouvrit spontanément les yeux, à un jour assez sombre, et s'accoutuma bientôt à les tenir grands ouverts, en ne conservant qu'une visière. En peu de temps les ulcérations cupuliformes se remplirent d'une matière blanchâtre, épaisse, qui s'organisa et forma bientôt de solides cicatrices que nous espérons bien voir diminuer sous l'influence du laudanum et d'une

pommade de précipité rouge que l'on prescrira prochainement. La vue n'est d'ailleurs aucunement gênée par les opacités des cornées ; l'enfant reprend de l'embonpoint et n'emploie maintenant aucun médicament. Il est clair qu'à lui seul le nitrate d'argent à haute dose a agi ici d'une manière plus efficace que les antiphlogistiques, les mercuriaux, les purgatifs, les révulsifs, etc. »

M. Cadet, de Lisbonne, (*Jornal da Sociedade de sciencias medicas de Lisboa*, *IX*) a employé dans une ophthalmie catarrhale une solution de deux grains de pierre infernale sur une once d'eau; des instillations ont été faites deux fois dans la journée. Ce mode de traitement est donné par l'auteur comme nouveau; il faut noter que l'observation dont il parle a été recueillie en 1834.

M. d'Alren, chirurgien en chef de l'hôpital da Estrellhian à Lisbonne (*même Journal*, vol. IX, n° IV) a retiré de bons effets, dans un cas d'ophthalmie catarrhale purulente (probablement blennorrhoïque, si nous nous en rapportons à l'exposé des symptômes), de l'excision de la conjonctive et de l'usage d'un collyre composé de six grains de pierre infernale sur une once d'eau. Des saignées, des purgatifs, des révulsifs et divers collyres, avaient été employés précédemment, dans une ophthalmie de même nature dont avait souffert le malade et qui s'était terminée par la perte complète d'un œil. (Cette observation a aussi été recueillie en 1834.)

a. Ophthalmie égyptienne. — M. Decondé a présenté au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles un mémoire ayant pour titre : *Histoire de l'ophthalmie des armées. Des endémies et des épidémies de cette maladie.* Ce travail, dont la Société a voté l'impression dans ses mémoires, a aussi été publié

dans l'*Encyclographie des sciences médicales* (tom. IX, janvier 1842, p. 145). L'auteur, avant de suivre la filiation de l'ophthalmie de l'Egypte dans les armées de l'Europe, croit devoir faire connaître le résultat de quelques recherches géographiques et historiques sur cette maladie.

Adams nous apprend que l'ophthalmie qui sévit en Egypte se montre en Syrie et dans toute l'Asie, et pour cette raison il veut la dénommer *Asiatique*. M. Decondé prouve que cette dernière dénomination n'est pas plus exacte que celle qui est généralement admise ; en effet on la retrouve dans différents pays, tant de l'Afrique et de l'Amérique què de l'Asie, où elle paraît cependant sévir avec plus d'activité et être plus répandue que partout ailleurs. On la retrouve à l'état endémique, et plus souvent à l'état sporadique, tant dans des pays chauds que dans quelques pays froids, en Laponie surtout ; mais toujours, dans les habitudes, le genre de vie des habitants des pays où cette affection se présente, on peut retrouver des causes qui expliquent suffisamment le développement et la propagation du mal, et ces causes se trouvent tout à fait en rapport avec les observations qui ont été publiées par les médecins de notre pays qui se sont occupés d'une manière spéciale de l'étude de l'ophthalmie de notre armée.

Parmi les causes les plus actives et les plus propres à développer et à étendre le mal, nous devons signaler l'encombrement et le défaut d'air suffisamment renouvelé. L'attention a été appelée d'une manière toute spéciale sur ce genre de causes par MM. les docteurs Gouzée et Decondé. M. Decondé admet, avec M. Bourjot St Hilaire, qu'une constitution atmosphérique spéciale, non pas celle qui consiste dans des transitions du chaud au froid, de la

sécheresse à l'humidité, mais dans une composition particulière, quoique inconnue, peut être la cause des ophthalmies que nous étudions ; que celles-ci, d'abord sporadiques, peuvent prendre ensuite une forme épidémique, ou revêtir ce caractère de prime abord, et conserver plus tard une apparence endémique, *quoiqu'elles ne le soient pas réellement.*

M. Decondé a aussi publié dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* (p. 143 à 166 et 317 à 371) deux mémoires *sur quelques points propres à éclairer l'étude de l'ophthalmie des armées.* Dans un chapitre consacré à la *prédisposition*, l'auteur fait connaître le résultat des recherches auxquelles il s'est livré, et d'où il résulte que les deux sexes, les différents âges, contractent la maladie avec la même facilité; que les constitutions n'y sont pour rien, si ce n'est que les constitutions sanguines laissent le mal à l'état franchement inflammatoire, tandis que chez les lymphatiques, les scrofuleux, l'ophthalmie offre quelques caractères spéciaux, une apparence de chronicité et d'opiniâtreté telles qu'elle guérit difficilement, laisse des traces de son existence et partant les individus qui en sont porteurs, sont disposés aux recherches du mal. M. Decondé n'admet aucune prédisposition *physiologique* à contracter l'ophthalmie ; mais il reconnait des conditions favorables à son aggravation et à sa propagation. Quelques individus se montrent réfractaires à ce mal ; mais les caractères qui les distinguent des autres sont inappréciables. D'après ses recherches statistiques, M. Decondé a trouvé que la couleur claire ou foncée des yeux n'avait aucune influence sur le développement du mal et que l'un des deux yeux n'[illegible] pas plus souvent malade que [illegible]tre.

M. Decondé admet des états *pathologiques* qui *facilitent* l'action du miasme ophthalmique et prédisposent en quelque sorte à l'ophthalmie; toutes les causes qui amènent une congestion vers les yeux peuvent développer l'ophthalmie des armées, lorsque les individus qui sont soumis à l'action de ces causes, se trouvent en rapport avec d'autres individus porteurs de granulations. M. Decondé prétend qu'en général une première ophthalmie préserve d'une seconde, de même qu'un premier typhus préserve d'une nouvelle affection typhoïde; si des granulations se montrent encore chez des sujets qui ont été traités antérieurement, c'est que les malades n'avaient pas été complétement guéris, et que des granulations peu développées avaient échappé d'abord, pour se développer plus tard.

Cette opinion a été combattue dans le rapport présenté à la Société de médecine d'Anvers (p. 166 de ses *Annales*) (1). L'auteur de ce rapport, M. Henrotay, a cherché à établir que si de nouvelles granulations ne se développaient pas aux endroits sur lesquels le caustique avait agi pendant longtemps, on devait en chercher la cause dans la formation du tissu de cicatrice, dont MM. Cunier, Gouzée et Lutens ont signalé l'existence dans les muqueuses palpébrales qui ont été soumises à la cautérisation.

M. Decondé consacre ensuite un grand nombre de pages à l'acclimatement. Voici à cet égard quelques-unes des conclusions qu'il formule :

« L'acclimatement à l'ophthalmie est d'autant plus

---

(1) Rapporteur, E. Henrotay, Commissaires, C. Broeckx et F. J. Matthyssens.

facile que le foyer du mal sera moindre et que le séjour y sera de peu de durée. Si on le prolonge, on ne le fera impunément que pour autant que cela soit insensiblement ou avec gradation.

«Plus le séjour, au contraire, sera long, plus le foyer du mal sera étendu, concentré ou actif, moins il y a de chances d'y échapper.

« Plus on sera espacé, plus on sera éparpillé, mais surtout plus on sera dans un air constamment renouvelé, au grand air, par exemple, moins on aura à subir les conséquences du mal. »

Dans son deuxième mémoire, M. Decondé étudie l'influence des garnisons, des cantonnements, des campements et des marches, sur l'extension et l'aggravation de l'ophthalmie des armées, et il apprécie les circonstances qui la rendent plus ou moins commune, plus ou moins grave, dans les diverses fractions de l'armée belge et dans les différentes circonstances dans lesquelles elle s'est trouvée pendant ces dernières années.

M. d'Ammon a appelé l'attention sur l'alternation (*Wechselverhältnis*) remarquable qui existe entre le règne des épidémies d'ophthalmie des armées, et le règne des dysenteries épidémiques; depuis que les premières sont si communes, les dernières sont devenues de moins en moins fréquentes, (*Ann. d'Oculist*, VI, p. 191, et *Journ. für Ch. u. Augenh.*, n° 1.) Plusieurs membres du congrès de Brunswick (1841) ont confirmé l'existence de cette alternation; d'après M. Schmidt, de Padesborn, l'ophthalmie militaire ne serait qu'un typhus oculaire. (*Ibid.*)

M. Decaisne s'est efforcé de prouver, par de nouveaux faits, que la cause première de l'ophthalmie n'existe pas dans l'armée belge, mais dans une pré-

disposition de la population. (*Ann. d'Oculistique*, VII, p. 38.) La circulaire ministérielle suivante a été provoquée par les faits signalés par M. Cunier, dans les réflexions dont il a fait suivre la lettre de M. Decaisne, et une communication de M. Snabilié sur l'ophthalmie de l'armée neérlandaise. (*Ibid.* p. 40.)

Bruxelles, le 2 septembre 1842.

Le ministre de la guerre, aux chefs de tous les corps de l'armée.

« M. le gouverneur du Hainaut m'a signalé plusieurs cas d'ophthalmie militaire qui se seraient développés chez des miliciens convalescents de cette affection et renvoyés prématurément dans leurs foyers. J'ai décidé, en conséquence, que tout homme envoyé en congé à long terme, pour quelque motif que ce fût, devrait, au préalable, être soumis à la visite du chef du service de santé du corps ou de la fraction du corps à laquelle il appartiendrait, et que le congé ne lui serait délivré qu'après qu'il l'aurait reconnu exempt de granulations récentes, ou dans un état de convalescence tel que la contagion ne fût pas possible.

« L'importance de cette mesure ne pouvant pas échapper à votre sollicitude pour le bien-être de nos concitoyens, j'ai l'honneur de vous prévenir que je me ferai rendre compte des cas d'ophthalmie qui seront encore signalés et que je sévirai contre les contraventions ou les négligences que je viendrais à découvrir. »

Cette circulaire dit assez que l'administration pense avec MM. Stiévenart et Cunier, que si l'on rencontre tant de granulés parmi les recrues, cela provient de ce que de nombreux cas de contagion

sont observés chaque année, à la suite du renvoi, dans leurs foyers, de soldats incomplétement guéris.

Un mémoire de M. Guépin, qui exerce à Nantes, établit que l'ophthalmie granuleuse est très-commune dans cette contrée, « bien que jamais la blépharophthalmie catarrhale des armées n'y ait régné. » (*Ann. d'Oc.* VII, p. 93.)

M. van Dommelen, chirurgien aide-major attaché à la garnison du Helder, a observé, du 26 mai 1841 au 30 juillet, 118 cas d'ophthalmie sur les mille hommes qui composent les garnisons de Willemsoord, du Helder et des forts environnants. 27 étaient affectés au deuxième degré (*phlegmathorrhée*), et 12 au troisième degré (*pyorrhée*). Dans les premier et deuxième degrés, le chirurgien hollandais a prescrit des instillations avec une solution de dix grains de nitrate d'argent sur une once d'eau distillée; quelquefois, surtout dans le deuxième degré, la dose du sel lunaire a été portée à quinze grains. Ces instillations ont été suivies du meilleur résultat. Dans la pyorrhée, la cautérisation par la pierre infernale en crayon a été mise en usage; le mal ne s'est terminé d'une manière fâcheuse que chez un seul soldat qui s'était soustrait aux visites des officiers de santé, et avait la cornée de l'œil droit ramollie lorsqu'il fut pris en traitement.

M. van Dommelen a eu l'occasion d'observer, dans d'autres garnisons, que l'ophthalmie purulente ne résiste à l'action du nitrate d'argent que chez les individus dyscrasiques, surtout chez les scrofuleux.

Pour ce qui est des déplétions sanguines générales et locales, M. van Dommelen n'en fait pas usage; les pédiluves, les drastiques, les vésicatoires, le séton à la nuque, lui paraissent souvent indiqués. Une recommandation sur laquelle il insiste, c'est de ne

pas tenir les malades dans l'obscurité ; la diminution modérée du jour n'est tout au plus indiquée que dans la période aiguë. (*Neéderlansch Lancet*, août.)

M. le docteur Gouzée, médecin principal de l'hôpital et de la garnison d'Anvers, a fait paraître son mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Ce livre, intitulé : *De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie dans toute agglomération d'individus* (in-8°, Bruxelles 1842) a été accueilli de la manière la plus distinguée par les médecins belges et étrangers. Nous ne parlerons pas des analyses qui en ont été données chez nous ; mais nous avons cru ne pouvoir nous dispenser de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qui en a été dit en France :

Voici l'article qu'y consacre la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« L'ophthalmie qui, après avoir ravagé presque toutes les armées de l'Europe, paraît s'être retirée et comme fixée en Belgique, a déjà donné lieu à de nombreuses publications. Malgré cela, les médecins belges ne se lassent d'écrire sur ce sujet, pas plus que la maladie ne paraît se lasser de faire des victimes.

« Parmi les ouvrages récents publiés sur la matière, celui de M. Gouzée mérite surtout de fixer notre attention, tant à cause de la position favorable dans laquelle s'est trouvé l'auteur pour en recueillir les matériaux, qu'en raison aussi de la manière dont il envisage la question.

« Les deux parties les plus importantes de l'ouvrage que nous analysons, celles qui prêtent le plus à la controverse, sont relatives à l'étiologie et au traitement de l'ophthalmie. Si dans le dernier de ces chapitres M. Gou-

zée adopte les opinions de la plupart des médecins belges, il n'en est pas de même relativement à la cause de la maladie. Placé loin du théâtre de cette épidémie, n'ayant par conséquent l'occasion d'observer que des cas sporadiques de l'ophthalmie purulente, nous ne nous hasarderons pas à juger les assertions de notre auteur; mais nous les rapporterons avec d'autant plus d'empressement, qu'elles nous expliqueraient jusqu'à un certain point, pourquoi notre armée est, depuis si longtemps, préservée de l'ophthalmie, et par quels moyens nous pourrions la prémunir dans le cas où des événements politiques imprévus viendraient mêler nos troupes à celles de nos voisins belges.

« Depuis que l'ophthalmie a commencé à régner épidémiquement dans les armées européennes, pendant et après notre expédition d'Égypte, les médecins, et surtout les officiers de santé militaires, ont cherché à découvrir les causes qui déterminaient et entraînaient parmi les soldats une maladie aussi cruelle. Bien des hypothèses ont été émises et ont trouvé leur réfutation dans les faits eux-mêmes. Bien des influences ont été injustement accusées. Mais de toutes les causes présumées de l'ophthalmie, la contagion est celle qui a donné lieu aux controverses les plus vives. De nos jours, les expériences de Guillié et les essais thérapeutiques de Fréd. Jaeger, Rosas, Piringer, ont mis hors de doute la contagion directe ou médiate de l'ophthalmie épidémique. La contagion indirecte ou immédiate, soit au moyen des linges et vêtements du malade, soit par l'air ambiant (infection), est plus difficile à constater; aussi les avis sur ce mode de propagation sont-ils extrêmement divisés. Je me bornerai à rapporter l'opinion de notre auteur.

« M. Gouzée croit à l'origine égyptienne de l'ophthal-

mie qui règne dans l'armée belge. Il croit que cette affection a été introduite dans les armées européennes par les troupes françaises et anglaises qui l'avaient prise en Égypte. Suivant lui, beaucoup de ces soldats qui avaient fait la campagne d'Égypte étaient revenus avec des granulations palpébrales, suites de l'ophthalmie ; toutes les fois que ces soldats se trouvaient dans des circonstances favorables au développement du mal, parmi lesquelles la viciation de l'air par l'encombrement joue le plus grand rôle, l'ophthalmie se déclarait et affectait alors non-seulement ceux qui en portaient déjà le germe, mais aussi les individus qui se trouvaient avec eux dans le même air. D'où l'on conçoit comment le mélange des armées du temps de l'empire a pu répandre le mal dans tous les pays. M. Gouzée est disposé à croire que l'encombrement pourrait même faire naître une nouvelle épidémie dans le cas où toutes les traces de l'ancienne auraient disparu ; dans ce cas les yeux atteints de granulations consécutives à d'autres ophthalmies s'enflammeraient, et la maladie prendrait le caractère de l'ophthalmie de l'armée belge. Il doute fort que l'affection puisse se reproduire par l'intermédiaire des locaux ou des objets soupçonnés d'en recéler le miasme.

« Si l'opinion que nous venons d'exposer est vraie, il sera facile de déraciner le mal. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de l'importance que met notre auteur à prouver la réalité de la cause productrice admise par lui.

« Il prétend que l'ophthalmie ne règne pas dans l'armée française, parce que les chambres des casernes ne contiennent ordinairement que dix à douze lits, que la distance d'un lit à l'autre est fixée à soixante-quinze centimètres, et qu'elle n'est jamais moindre de cinquante. En Belgique, au contraire, les chambres contiennent

quelquefois au delà de cinquante lits, qui sont souvent tellement rapprochés les uns des autres que la circulation devient difficile dans les salles.

« M. Gouzée a rassemblé un grand nombre de faits à l'appui de son opinion. De ces faits, qui, nous n'en doutons point, sont exacts, il résulte que l'ophthalmie affecte de préférence certains corps de l'armée belge, qui sont plus exposés que d'autres à l'encombrement, par les nombreuses recrues qui arrivent à une certaine époque de l'année, et qu'on a alors de la peine à loger. Qu'en outre, toute autre circonstance qui nécessite l'agglomération d'un grand nombre de soldats dans des locaux peu spacieux, augmente le nombre des ophthalmiques; que, par contre, les cas nouveaux diminuent de fréquence aussitôt qu'on a fait cesser l'encombrement. Que cette cause morbide est surtout très-active, lorsqu'elle agit sur un régiment qui a déjà précédemment eu des ophthalmiques et dont beaucoup de soldats portent des granulations conjonctivales.

« Il est facile de prévoir quelles sont les mesures prophylactiques recommandées par M. Gouzée. Il paraît que le gouvernement belge en a senti l'utilité, car déjà quelques-unes d'entre elles ont été mises en pratique. C'est ainsi que les lits de bois à deux places ont été remplacés en partie par des couchettes en fer à une place, qui, d'après les dispositions réglementaires, doivent être distantes les unes des autres de trente-six centimètres, lorsque les chambres ont au moins trois mètres de hauteur. Mais comme on n'a pas tenu compte de la largeur des chambres, il arrive quelquefois que l'encombrement est produit parce qu'on met une rangée de lits de plus que l'espace ne le comporte. La réduction de l'armée, par l'état de paix, a fait presque partout cesser l'encombrement; aussi le nombre des ophthalmiques a-t-il

considérablement diminué ; ce qui cependant ne donne pas de garantie pour l'avenir, aussi longtemps que les régiments contiennent des hommes qui portent le germe de la maladie et peuvent à la moindre occasion donner lieu à la recrudescence de l'épidémie. De là découle le second précepte prophylactique de M. Gouzée. Pour extirper la maladie il faut éloigner des hommes sains tous ceux qui portent le germe de l'ophthalmie, renvoyer dans leurs foyers les incurables, rassembler les autres dans des hôpitaux spéciaux pour les y traiter, et ne faire jamais rentrer au régiment un homme qui ne fût complétement guéri. C'est ce qui se fait depuis 1840. Dans toutes les casernes on a établi des salles particulières où sont rassemblés les hommes affectés de granulations palpébrales. Ils y sont soumis jusqu'à guérison complète au traitement par la cautérisation. Afin d'initier les officiers de santé aux règles les plus sûres de l'application du caustique, le gouvernement a envoyé tour à tour tous les médecins de régiment au dépôt des granulés de Namur, pour y faire une sorte de stage, sous les yeux de MM. Fallot et Loiseau.

« Outre ces mesures, dont nous venons de parler, notre auteur recommande encore de ménager le soldat, surtout les jeunes miliciens (ce qu'on a bien de la peine à faire comprendre aux chefs de corps), d'éloigner tous les agents capables d'irriter les organes visuels, de ne pas comprimer le front et de laisser au cou du soldat une liberté entière.

« Le traitement curatif de l'ophthalmie de l'armée repose surtout sur l'emploi des évacuations sanguines et de la cautérisation par le nitrate d'argent. Ce sont les moyens généralement adoptés par les médecins belges. M. Gouzée établit les indications pour chacune de ces médications, ainsi que pour l'usage, quoique secon-

daire, de quelques autres agents médicamenteux. Dans l'impossibilité où nous sommes de donner en abrégé une partie qui ne peut être utile que par les détails, nous préférons renvoyer nos lecteurs à l'ouvrage lui-même, qu'ils ne liront ni sans fruit, ni sans intérêt. »

Le *Journal de médecine et de chirurgi pratiques*, s'exprime en ces termes :

« Des nombreux écrits qui ont paru sur l'ophthalmie de l'armée belge, aucun ne nous a semblé contenir des faits plus importants que celui que vient de publier M. le docteur Gouzée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers. La haute position qu'occupe ce médecin distingué lui a permis d'acquérir une expérience qui donne beaucoup de poids à son opinion sur un sujet si controversé. Nous regrettons que le grand nombre d'ouvrages dont nous avons à rendre compte, et qui sont pour nos lecteurs d'un intérêt plus général, ne nous permette pas de nous arrêter sur ce livre aussi longtemps que nous le désirerions. Nous ne pouvons donc qu'engager ceux de nos confrères qui, par leur position, peuvent avoir à combattre cette ophthalmie, à étudier, dans l'ouvrage de M. Gouzée, ses causes, ses symptômes, et surtout les moyens que l'on doit employer pour la guérir ou pour prévenir son développement. »

Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, la *New-York Lancet*, le *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, *l'OEsterreichische medicinische Jahrbücher*, etc., etc., font le plus bel éloge du livre de notre compatriote.

M. Lerche (*Oppenheim's Zeitschrift*, 1842) a constamment à traiter, dans son dispensaire ophthalmique de St.-Pétersbourg, des malades atteints d'ophthalmie égyptienne sporadique. Dans les hy-

pertrophies avec développement granuleux du corps papillaire, sans blennorrhée ni affection inflammatoire du globe, il fait appliquer à des intervalles rapprochés, une ou deux sangsues sur la conjonctive palpébrale ; immédiatement après, ont lieu des lotions d'eau froide, moyen qui favorise le retour de la conjonctive à l'état normal. Lorsque cette pratique n'a pas réussi, il a recours à la cautérisation par le sulfate de cuivre ou la pierre infernale, ou à l'emploi en solution de ces substances ou de l'hydriodate de potasse, ou à l'instillation de la teinture d'opium ; des dérivatifs, des ventouses scarifiées, une diète sévère, sont en même temps mis en usage. Dans les ophthalmo-blennorrhées chémosiques il emploie les saignées, les purgatifs drastiques, et les applications froides. Il ouvre toujours avec le couteau à cataracte les abcès qui se forment dans la cornée; M. Lerche dit avoir essayé, sans succès, dans différents degrés et sur plusieurs malades, la méthode vantée comme spécifique par Hanke et qui consiste dans l'administration d'une infusion de digitale et de belladone conjointement avec l'usage de l'hydriodate de potasse et de l'iode. La morphine par voie endermique a toujours été efficace dans les cas de violente douleur. Il paraîtrait, d'après le langage un peu embrouillé de M. Lerche, que de très-fréquents accidents ont eu lieu dans sa pratique.

M. Fallot est revenu, dans une note insérée dans les *Archives de la médecine belge* et les *Annales d'Oculistique* (septembre) sur les bons effets de l'emploi du crayon de pierre infernale dans les diverses périodes de la maladie qui nous occupe.

4. *Ophthalmie des nouveau-nés*. — Les deux propositions suivantes sont formulées par M. Kra-

nichfeld, p. 25, de son *Conspectus publicus morborum ophthalmicorum qui in Instituto policlino-ophthalmiatrico Universitatis regiae Guillelmae ab anno MDCCCXXX usque ad annum MDCCCXLII tractati et sanati fuerunt.* Berolini 1842, 4°, Wohlgemuth.

VI. *Istud malum, quod nomine ophthalmiae neonatorum vulgare est, a medicis vero et a parentibus negligitur saepissime, inter morbos oculi humani periculosissimum est. Dum id decies offert caracterem mitem, undecima vice vis morbi insueta incedit citoque totum organon destruit. Hac ratione non pauci hominum etiam apud nos sensum nobilissimum amiserunt. Quare ophthalmia neonatorum et medicis et parentibus magni momenti sit necesse est.*

VII. *In hoc malo periculoso ille saepe observatus iridis prolapsus, qui sequela est ulcerum corneam penetrantium, atque partes oculi reliquae etiamsi non consumuntur, synechia anteriori orta visum prorsus destruere solet, vi peculiari Hyosciami vel Belladonnae ex regulis propriis adhibiti in casibus longe plurimis auxilio non sero implorato, aeque atque ulcera corneae sanatus et tali modo visus conservatus est.*

M. Doepp, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants-Trouvés, à St.-Pétersbourg (*Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aerzte in St.-Petersburg.* 6e Sammlung. 1842), range l'ophthalmie des nouveau-nés au nombre des affections les plus fréquentes dans l'établissement confié à ses soins ; le refroidissement est, selon lui, la cause la plus fréquente de cette affection.

Au rapport de M. Smith (*Edinb. med. and Surg.*

Journal), la leucorrhée est pour ainsi dire la maladie de toutes les femmes de l'intérieur du Pérou ; les ophthalmies des nouveau-nés y sont extraordinairement fréquentes.

M. Trousseau s'est occupé de cette ophthalmie (*Journal des conn. médico-chirurgicales*, juin). Avant de prendre le service de l'hôpital Necker, ce professeur n'avait jamais vu cette affection, lorsqu'elle n'était point de nature syphilitique, avoir une issue fâcheuse; mais dans son nouveau service il a observé plusieurs fois que les yeux étaient perdus après quelques jours, et il a remarqué *qu'il existait une relation entre la gravité du mal et les épidémies de fièvres puerpérales*. Pour ce qui est du traitement, voici comment il s'exprime :

« Si l'ophthalmie consiste seulement dans un léger gonflement des paupières avec sécrétion mucoso-puriforme peu abondante, sans photophobie, sans rougeur vive de la conjonctive, il suffira, dans le plus grand nombre des cas, de faire des lotions fréquentes avec une infusion *très-chaude* de mélilot, ou de cerfeuil, d'instiller dans l'œil, une ou deux fois par jour, quelques gouttes d'un collyre fait avec de l'eau distillée à la dose de cent grammes, dans laquelle on aurait fait dissoudre trois centigrammes seulement de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent.

« Mais si l'ophthalmie semble prendre quelque intensité, il faut, sans plus attendre, recourir à la médication la plus héroïque que nous connaissions dans cette occurrence. Il faut faire préparer une solution très-concentrée de nitrate d'argent, 5 grammes pour 25 à 30 grammes d'eau distillée, et à l'aide d'un pinceau imbibé de cette solution, toucher vigoureusement la conjonctive *et même la cornée* (?),

deux fois le premier jour, une fois les deux jours suivants : il est rare qu'après deux jours de cette énergique médication, il n'y ait pas un tel amendement dans les symptômes, que la maladie soit désormais sans danger; cependant il est raisonnable de recommencer, dans les cas où la suppuration continuerait encore avec quelque violence ; et si, lorsque le mal semble à peu près guéri, on voit persister encore la lippitude et la rougeur légère de la conjonctive, il convient d'enduire, le soir, les paupières de l'enfant avec un peu de la pommade suivante : Bioxyde de mercure, 1 gr. Axonge, 15 gr. »

M. d'Ammon a fait connaître (*Ann. d'Oc.*, VIII, p. 57, et *Journ. cité*, n° 1) sa méthode de traiter l'ophthalmie des nouveau-nés. Il insiste sur l'emploi de l'extrait de belladone et de l'eau chlorurée.

M. Defuisseaux (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*) a eu à se louer des instillations avec une solution de nitrate d'argent.

5. *Ophthalmie syphilitique.* — M. Lerche (*Vermischte Schriften a. d. G. der Heilk. v. ein. Gesells. pract. A. in St.-Petersburg*, 1842) a compté 166 cas d'affections syphilitiques des yeux, (ophthalmie blennorrhoïque, ulcères et iritis syphilitiques,etc.) sur les 54,536 malades qui se sont présentés à son dispensaire ophthalmique, à St.-Pétersbourg, pendant les huit dernières années. Les antiphlogistiques et les débilitants lui ont réussi plus heureusement et plus promptement que tous les mercuriaux mis en usage jusqu'à ce jour.

M. Acton (*A complete practical Treatise on veneral diseases*, etc, London 1841, rec. in *Oppenheim's Zeitschrift*, *August*) n'a jamais vu d'ophthalmie blennorrhagique qui ne fût due au contact immédiat de la matière gonorrhoïque.

Le premier moyen à employer dans la blennorrhagie oculaire, le seul moyen qui soit d'un secours réel et prompt, consiste, suivant M. Benedict (*Abhandlungen*, etc., p. 15), dans l'emploi des scarifications de la conjonctive de la sclérotique ; elles peuvent même être pratiquées dans la 3e période du mal. Les incisions ne doivent pas être trop rapprochées; il faut y revenir tous les jours jusqu'à ce que la tuméfaction et la purulence aient cessé; pratiquées une ou deux fois seulement, les scarifications sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Le moyen qui vient en second ordre, est, ajoute M. Benedict, le camphre tiède ; il fait diminuer l'inflammation et la tuméfaction. Ce moyen doit être manié avec prudence. La compresse trempée dans un mélange camphré tiède ne doit être appliquée sur l'œil qu'après que celui-ci a été bien nettoyé, et il faut la renouveler fréquemment, en ayant soin d'enlever, chaque fois, la matière sécrétée, au moyen d'un collyre ainsi formulé : Tinct opii crocat. gr. IV, solve in *Aq. dest.* ℥j.

Tel est le traitement qui a réussi à M. Benedict dans les première et deuxième périodes de l'ophthalmie blennorrhoïque. Dans la troisième période, lorsque déjà il y a ramollissement, désorganisation de la cornée, il trouve que le remède le plus convenable consiste dans l'emploi d'instillations avec le laudanum.

M. Benedict emploie conjointement des révulsifs internes et externes, etc.

M. Holscher rapporte l'observation suivante d'ophthalmie blennorrhoïque guérie par la méthode ectrotique : Un garçon vitrier affecté de blennorrhée urétrale, contracte une violente ophthalmie gonorrhoïque de l'œil droit. Malgré une saignée

de 14 à 16 onces, l'administration du nitre et du tartre stibié, l'emploi continu de compresses trempées dans une solution échauffée de sublimé (grij sur 8 onces d'eau) et des instillations fréquemment répétées d'eau ophthalmique de Conradi, entre les paupières, le boursoufflement de la conjonctive avait fait des progrès considérables jusqu'au 3e jour et le pus épais et jaune-verdâtre inspirait de sérieuses craintes par sa qualité et sa quantité.

M. Holscher se décida à introduire entre les paupières un crayon de pierre infernale arrondi et lisse vers sa pointe, et le promena sur la surface inférieure et supérieure de la conjonctive. Quoique cette cautérisation n'eût pas occasionné de douleur considérable, on injecta néanmoins un peu de lait tiède. « Il est de remarque, dit M. Holscher, que, moins la cautérisation cause de douleur, d'autant plus elle doit être profonde et fréquemment répétée; au contraire elle devra être d'autant plus légère et rare, qu'elle occasionne plus de douleur. » Dès le 4e jour, le boursoufflement et la sécrétion étaient diminués; cependant il en revint à la cautérisation. Le 5e jour, on put examiner l'œil. La cornée était trouble, mais sans ulcération. On excisa à l'aide de ciseaux de fortes portions de la conjonctive boursoufflée et le patient prit un purgatif mercuriel. On revint à la cautérisation le 6e, le 8e, le 10e et le 15e jours du traitement, et plus tard encore, le 20e et le 24e, pour détruire les granulations qui s'étaient développées à la paupière inférieure. Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliora journellement. Plus tard, il se développa un ulcère de la cornée, qui céda à l'emploi d'une solution de sulfate de zinc avec la teinture d'opium. Dès lors l'œil fut entièrement rétabli. Il est à remarquer

que la blennorrhée urétrale n'avait pas entièrement cessé.

Dans un autre cas analogue, mais moins grave, le même traitement produisit entre les mains de M. Holscher le même heureux résultat ; seulement les cautérisations furent moins fréquentes à cause de la réaction qui les suivait.

Le premier soin qui doit occuper le médecin, est, selon M. Lutterotti (*OEsterr. med. Wochenschrift*, nº 52) de rappeler le flux urétral, s'il n'existe plus, ou de le stimuler s'il existe encore.

Une brochure de M. Scherrer (*Commentatio de ophthalmia gonorrhoïca*, Phorceni 1842, 8º) a été longuement analysée et commentée par M. Fallot (*Ann. d'Oc.* VII, p. 183).

M. Acton (l. cit.) signale, au nombre des affections syphilitiques secondaires, des éruptions ayant leur siége sur les paupières, et affectant la forme de psoriasis et de condilômes ; sa symptomatologie de l'iritis est celle de M. Lawrence. Il l'a toujours vu se manifester dû troisième au douzième mois après les symptômes primitifs, que le mercure eût ou n'eût pas été administré. Il signale cette circonstance, que l'iritis syphilitique, chez les individus avancés en âge, est beaucoup plus fréquente à Londres qu'à Paris, ce qu'il attribue au plus grand denûment et au plus grand abus des spiritueux chez les individus de la basse classe.

M. Macpherson (*London med. Gaz.*) signale cette circonstance, que la syphilis est excessivement commune au Bengale, tant parmi les Européens que parmi les naturels du pays ; mais que jamais on n'y observe l'iritis syphilitique. M. Arch. Smith (*Edinb. med. and surg. Journ.*) signale la même circonstance pour le Pérou. Les affections syphilitiques

secondaires sont en quelque sorte inconnues dans ces pays. (*Oppenheim's Zeitschrift*, april.)

M. Herbert Mayo (*A Treatise on syphilis*, London 1841, analysé dans *Oppenheim's Zeitschrift*, mai) a traité longuement de l'iritis syphilitique ; ce qu'il dit des symptômes, du traitement etc., n'est que la répétition de ce qu'a écrit M. Lawrence.

Une brochure suédoise (*Rapport ofver veneriska sjukdoms forhållanden å kongeliga Almanna Garnisons-Sjukhuseti Stockholm, under år* 1839. Stockholm, 1841) signale quelques cas d'affections syphilitiques secondaires des yeux, observées sur des soldats de la garnison de Stockholm, et traitées avec succès par la cure de faim, l'*hungerkur* des Allemands.

6. *Ophthalmie scrofuleuse.*—M. le docteur Payan termine, par les propositions suivantes, un mémoire pratique sur l'ophthalmie scrofuleuse inséré dans le *Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, janvier 1842 :

a) Il existe réellement une espèce d'ophthalmie influencée par la constitution scrofuleuse, et que l'auteur nomme pour cette raison ophthalmie scrofuleuse.

b) Quand on étudie la manière dont elle se manifeste, on est amené à conclure que les caractères qui la signalent présentent des différences assez notables, suivant les cas, et à établir par suite trois variétés de cette ophthalmie, savoir : l'ophthalmie scrofuleuse indolente, l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, l'ophthalmie scrofuleuse irritative.

c) Dans la première espèce, qui se développe chez les sujets très-lymphatiques, à constitution strumeuse indolente, les symptômes ophthalmiques affectent une marche et une allure tout à fait lentes,

peu actives, totalement en harmonie avec l'indolence constitutionnelle des individus. Dans la seconde espèce, des symptômes phlegmasiques suraigus sont surajoutés à l'ophthalmie; tandis que ce sont des symptômes irritatifs qui signalent principalement la troisième variété.

d) Le raisonnement, non moins que l'expérience, démontrent qu'un traitement différent doit être appliqué à ces trois espèces d'un même genre morbide; qu'à l'ophthalmie indolente convient le traitement anti-scrofuleux excitant, celui que l'observation a démontré propre à activer le cours de la lymphe, à favoriser l'absorption organique; que, contre l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, il faut s'adresser avant tout aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, en un mot, à des moyens énergiques, pour juguler la phlegmasie oculaire; et, qu'enfin, contre l'ophthalmie scrofuleuse irritative, il importe de recourir à des moyens à la fois anti-scrofuleux et anti-irritatifs, notamment à l'hydrochlorate de baryte, qui possède en même temps une action directe contre la dyscrasie du sujet et contre l'irritabilité qu'on a à traiter. On y joint un régime antiphlogistique et adoucissant.

M. Neuhausen dit avoir retiré de bons effets des vésicatoires appliqués sur les paupières dans les ophthalmies scrofuleuses. (*Med. Correspdblatt rh. u. Westph. Aerzte*, n° 12.) M. Doepp, de S^t^.-Pétersbourg (*loco cit.*), dit aussi s'en être bien trouvé; il les entretient pendant longtemps en suppuration.

M. Panck, de Moscou (*Oppenheim's Zeitschrift*, juli), signale les bons effets de l'huile de foie de morue dans l'ophthalmie scrofuleuse. Il résulte de ses observations, comme de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, que cet agent thérapeutique

ne rend de bons services que dans les ophthalmies scrofuleuses de nature torpide.

La solution suivante est recommandée par M. Evermann contre les taches de la cornée, suites de l'ophthalmie strumeuse (*Bouchardat*, *Ann. de thér.* 1843, p. 257).

Iodure de potassium,	1 gram.
Eau,	50 gram.

7. *Ophthalmie rhumatismale.* M. Le Calvé a publié dans le cahier de juillet du *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, un mémoire sur cette affection.

L'auteur commence par rapporter en détail trois observations qu'il donne comme types de cette affection et desquelles il déduit les symptômes de l'ophthalmie rhumatismale et les règles générales du traitement qui lui sont applicables.

« Quant aux symptômes, voici ce qu'il est bon de noter. L'ophthalmie rhumatismale à son siége primitif dans la sclérotique. L'inflammation et l'ulcération de la cornée ne sont que secondaires. Dans l'ophthalmie rhumatismale franche, l'ulcération de la cornée consiste en une phlyctène qui, étant vidée, laisse à sa place une ulcération oblongue, plus profonde, et sécrétant une matière séro-albumineuse. Lorsque l'ophthalmie rhumatismale est compliquée, l'ulcération de la cornée est plus profonde, creusée en godet, contenant du pus ; dans ce cas, il y a souvent infiltration purulente (onyx) entre les lames de cette membrane. On n'aperçoit jamais sur cette membrane, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé d'une loupe, des vaisseaux rouges se rendant, soit à la phlyctène, soit à l'ulcération. Un autre caractère essentiel, c'est qu'il n'y a jamais plusieurs ulcéra-

tions sur la cornée. La pupille est, règle générale, presque toujours déformée, et l'on aperçoit au fond de l'œil un trouble que l'on a comparé à de la fumée, ou une teinte jaune-verdâtre qui a quelquefois fait prendre cette ophthalmie pour un commencement de glaucôme.

« La douleur qui, presque toujours, a son siége primitif dans le fond de l'orbite, est lancinante, devient bientôt sus-orbitaire, et s'irradie dans la tempe et dans tout le côté de la tête correspondant à l'œil malade ; exacerbation le soir, sensation d'un froid glacial, du moins le plus souvent. Il est très-rare que les deux yeux se prennent à la fois ; presque toujours un seul est affecté ; enfin, les causes occasionnelles sont celles du rhumatisme.

« Lorsque l'ophthalmie rhumatismale est convenablement traitée, elle se termine toujours par résolution. Abandonnée à elle même, ou traitée d'une manière peu convenable, elle peut se terminer par l'opacité de la capsule antérieure. Quand elle passe à l'état chronique elle se termine par une opacité complète.

« La première indication à remplir, dit M. Le Calvé, est de combattre la phlegmasie oculaire ; la saignée générale est indiquée chez les sujets forts. On a recours ensuite aux saignées locales. On doit éviter de placer des sangsues trop près de l'œil : leur place est aux tempes et aux apophyses mastoïdes.

« Immédiatement après la première saignée, M. Le Calvé fait sur le front et autour de l'orbite cinq ou six frictions par jour avec une pommade mercurielle belladonée. Les purgatifs et l'émétique en lavage sont très-utiles après la saignée ; les pédiluves sinapisés fortement et de peu de durée sont aussi très-avantageux. La seconde in-

dication consiste à combattre l'élément rhumatismal. On la remplit, pendant la période inflammatoire, par le calomel à dose fractionnée, ajouté à l'extrait d'aconit : les tisanes sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, les poudres de Dower, les préparations antimoniales, le camphre, etc., accélèrent la guérison. La teinture de semences de colchique convient particulièrement au déclin de l'affection pour prévenir les rechutes. Enfin les révulsifs à la nuque sont aussi très-utiles.

«La troisième indication est hygiénique. Elle est, dit M. Le Calvé, assez connue, dans les ophthalmies aiguës en général pour qu'il ne soit pas besoin d'y insister ici.

«Ce traitement, ajoute M. Le Calvé, a toujours réussi, soit dans ma pratique, soit pendant les quatre années que je l'ai vu mettre en usage par M. Sichel dont j'étais le chef de clinique.

Après cet exposé, l'auteur passe en revue les autres moyens préconisés contre les ophthalmies en général, et qu'il veut que l'on rejette du traitement de l'ophthalmie rhumatismale. Ces moyens sont :

Les *émollients :* inutiles et nuisibles ; les *cataplasmes :* résultats fâcheux, quelquefois déplorables.

Les *collyres et pommades :* exclus tous par l'ophthalmie rhumatismale, « voire même et plus encore, le fameux collyre au nitrate d'argent, la grande panacée ophthalmique. »

Le nitrate d'argent. Le professeur Sanson, dit M. Le Calvé, proclamait guéris les malades de sa consultation, parce qu'ordinairement ils ne revenaient plus après une ou deux consultations. C'était facile à dire (surtout pour un professeur) : difficile à constater pour un élève. M. Le Calvé l'employait aussi et n'en constatait que trop les insuccès. Mettant le compte de ces malheurs sur la maladresse

ou sur le défaut d'application, il pria M. Serre, d'Alais, de cautériser cinq ou six malades, ce qui fut fait en présence de M. Sichel et de ses élèves. Les malades passèrent une nuit affreuse, ne voulurent plus de la cautérisation, et l'on fut obligé d'employer les saignées pour abattre l'inflammation qu'avait surexcitée le nitrate d'argent.

Les *vésicatoires*. Dangereux pendant la période inflammatoire, utiles au déclin de la maladie. Leur véritable place est à la nuque ou entre les épaules, car sur l'œil ils sont trop rapprochés, et au bras ils sont trop éloignés.

Le *séton*, les *cautères*, les *moxas*, ne réussissent guère. On doit en être sobre.

La *ponction de la cornée*, dans le cas d'hypopion, méthode jadis employée et tombée en désuétude, probablement pour de bonnes raisons ; en honneur par MM. Carron du Villards et Guépin, on ne sait trop pourquoi. M. Le Calvé a toujours vu l'hypopion se résorber en quelques jours ; il a vu des centaines de malades, affectés d'hypopion, à la clinique de M. Sichel ; jamais il n'a vu une terminaison malheureuse (!!).

Dans un cas d'ophthalmie rhumatismale avec photophobie des plus intenses, que rien n'avait pu modérer, M. Scheibler (*Sachs's Medic. Amanach*, 1843, p. 246) a employé avec succès le rhus toxicodendron, 1/4 — 1/3 gr. *pro dosi*, toutes les trois heures, combiné avec l'extrait d'aconit.

8. *Ophthalmie due à l'altération du sang.* — M. Brett a publié (*The medico-chirurgical Review*, des remarques sur la perforation de la cornée par suite d'une nutrition insuffisante.

« Ce singulier phénomène a été observé par l'auteur sur des sujets détenus dans les prisons de

Moorabad, Skahjehanpore et Cownpore. Ces malheureux étaient soumis à l'action de causes débilitantes de toute espèce : nourriture insuffisante; alimentation sans variété, comme sans assaisonnement; air impur ; claustration la nuit dans une forteresse entourée de murs élevés; chaleur excessive l'été, froid rigoureux durant l'hiver; impressions morales déprimantes. Plusieurs d'entr'eux eurent à souffrir d'une dysenterie épidémique et ceux qu'elle n'emporta pas furent réduits à un état de faiblesse extrême. Toutes leurs sécrétions étaient suspendues, excepté celles des intestins. Ils avaient la langue pâle, les membres ployés sur eux-mêmes et la surface du corps froide, même en été. La transpiration cutanée était supprimée.

« Les yeux présentaient un aspect vitreux; bientôt survenait une inflammation de la conjonctive. Un ulcère se formait sur la cornée et attaquait en peu de temps toutes ses lames, phénomène suivi par l'évacuation des humeurs de l'œil. Ce qu'il y eut de remarquable dans *tous* les cas, c'est que les malades n'éprouvèrent *aucune douleur*. La sécrétion des glandes de Méibomius et de la glande lacrymale était augmentée, et la conjonctive suppurait. Après la sortie du cristallin, le globe oculaire revenait ordinairement sur lui-même. Les deux yeux se prenaient fréquemment l'un et l'autre, et le malade finissait par mourir dans un état avancé d'émaciation.

« Ces faits qui, à ce qu'il paraît, se sont présentés en grand nombre à l'observation de l'auteur, nous ont semblé curieux à faire connaître, principalement à cause de l'analogie frappante qu'ils offrent avec le résultat des expériences faites par M. Magendie. Des deux côtés, mêmes conditions antérieures, même appareil de symptômes généraux, même ordre

dans l'apparition des phénomènes propres à l'œil. Entre les mains de l'expérimentateur, comme sous les yeux du médecin, constamment la perforation de la cornée a été le dernier signe d'une débilitation poussée à l'extrême, et la mort n'a pas tardé à la suivre. Enfin, pour compléter la ressemblance, on vient de lire que *la sécrétion des glandes de Méibomius était augmentée* chez les prisonniers, M. Magendie dit aussi (*Précis élémentaire de physiol.*, t. II, p. 499) que l'évacuation des humeurs de l'œil, chez le chien, *fut accompagnée d'une sécrétion abondante des glandes propres aux paupières.* Si cette coïncidence ne suffit pas pour faire découvrir les causes d'un phénomène encore inexpliqué, au moins conviendra-t-on qu'elle peut fournir d'utiles lumières à ceux qui s'occuperont de ce curieux problème. (*Gaz. méd. de Paris* n° 3.)

M. le docteur Canstatt a traité de quelques-unes des formes de l'affection qui nous occupe, dans un mémoire inséré dans le tome III des *Annales d'Oculistique*, p. 157. Nous avons mentionné ce travail dans la *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 et 1841 (p. 93), à l'occasion d'une note de M. Caffe. Il ne sera pas sans intérêt de rappeler, à la suite du travail de M. Brett, les conclusions du mémoire de M. Canstatt; notre collaborateur a trouvé :

1°) Que l'infection purulente du sang, analogue à celle qui est produite par l'altération artificielle du sang chez les animaux, peut déterminer une affection particulière des yeux;

2°) Que ce mal oculaire n'existe jamais isolément, mais qu'il est, au contraire, toujours accompagné de collections purulentes dans d'autres organes;

3°) Que c'est particulièrement le cerveau qui est

le siége de ces collections, et qu'il est assez probable que l'altération cérébrale est en rapport causal primitif avec l'affection de l'œil;

4° Que ce mal oculaire a une marche destructive extraordinairement rapide, et qu'il se présente absolument sous les mêmes caractères que ceux que l'on observe à la suite de l'interruption subite de l'innervation nutritive de cet organe;

5°) Que nonobstant l'injection de la conjonctive et le chémosis qui se manifestent, ce mal est fort éloigné d'être de nature purement inflammatoire;

6°) Que l'on n'a pas encore d'exemple de guérison; que cette affection est une des plus pernicieuses. Heureusement c'est aussi une des plus rares.

M. Fallot avait remarqué que, dans les ophthalmies purulentes, il existait une altération dans le sang tiré de la veine, dont le sérum présentait une espèce de lactescence, qui n'existait pas dans le sang des autres malades en traitement à la même époque, et il signalait ce fait à l'administration centrale du service de santé de l'armée, le 8 novembre 1837. Ce fait se trouve également consigné dans un mémoire de M. Fallot publié dans le premier volume des *Annales d'Oculistique*, p. 13, 1er septembre 1838.

9. *Ophthalmie nerveuse.* (??) — Nous extrayons du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* p. 126-128, les *Considérations* suivantes *sur l'ophthalmie nerveuse et son traitement :*

« Une femme s'est présentée à l'hôpital avec une ophthalmie qui offrait des caractères particuliers. C'était *l'ophthalmie nerveuse* déjà décrite par M. Lisfranc, il y a plus de douze ans, et *dont le symptôme le plus saillant est une* PHOTOPHOBIE EXTRÊME AVEC LARMOIEMENT CONSIDÉRABLE. (!!) *Les malades ne peuvent entr'ouvrir les paupiè-*

res, la conjonctive est modérément enflammée ; mais l'œil est sain, et on n'y distingue aucune lésion. Dans ce cas-là, si on emploie les collyres émollients ou astringents, les vésicatoires, les sétons, les purgatifs, la cautérisation, on n'obtient aucun effet avantageux. M. Lisfranc combat ordinairement cette ophthalmie nerveuse par des frictions sur les tempes et derrière les oreilles avec un gramme d'extrait de belladone. D'autres fois, il fait instiller dans l'œil un mélange d'un ou deux grains d'extrait de belladone dans 4 onces d'eau distillée de roses ou de plantain. Mais en général il préfère les frictions au collyre. Ce moyen lui a réussi dans un grand nombre de cas qui avaient opiniâtrement résisté à des traitements divers. La légère inflammation de la muqueuse oculaire, *entretenue par cette ophthalmie nerveuse*, cède bientôt après elle, et, en quelques jours, l'œil est complétement débarrassé. »

Nous avons laissé à cette affection son titre *d'ophthalmie nerveuse*, que lui donne M. Lisfranc. Nous sommes historiens, et rien de plus.

10. *Déscemétite.* — M. Bedfort (*Guy's Hospital Reports*, octobre 1842) rapporte quelques observations d'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, et en déduit les propositions que voici :

a) L'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse peut être simple ou strumeuse, aiguë ou chronique.

b) Une légère opacité, une nébulosité de la membrane est le signe principal de son inflammation. Ceci est le résultat, non pas du dépôt d'un produit morbide, mais seulement d'une turgescence vasculaire.

c) L'aspect tacheté de la membrane, dépendant probablement d'un dépôt de lymphe ou d'une sup-

puration disséminée par points, est, avec le trouble de l'humeur aqueuse, le signe d'un degré plus intense d'inflammation.

d) Les terminaisons de cette phlegmasie sont l'augmentation de sécrétion, l'épanchement fibrineux, l'effusion puriforme et l'ulcération.

e) L'hyperdiacrisie, constituant l'hydropisie de la chambre antérieure, se reconnaît à un ensemble bien déterminé de symptômes objectifs et subjectifs, Cette terminaison ne détruit pas nécessairement la vision et peut être guérie par certaines médications. L'évacuation de l'humeur aqueuse, quoique utile comme moyen palliatif, et convenable dans les cas où il existe de vives douleurs, est cependant accompagnée de quelques désavantages, et sa valeur, au point de vue de la cure radicale, est très-douteuse.

f) L'épanchement fibrineux cède dans le début à des remèdes simples; et, quand il est plus avancé, à l'administration modérée du mercure.

g) L'effusion puriforme est, moins fréquemment que l'épanchement fibrineux, le résultat d'une simple inflammation. Quand elle a lieu dans une grande étendue, l'évacuation peut avoir des avantages; mais, dans la grande majorité des cas, la résorption suffit pour la faire disparaître, et cet effet s'obtient surtout par l'usage des moyens qui conviennent à l'espèce particulière d'ophthalmie à laquelle on a affaire.

h) Enfin, l'ulcération est la plus rare de toutes les terminaisons.

Nos lecteurs connaissent la monographie de M. Rau (*Ann. d'Oc.* III, p. 36); ils pourront comparer les résultats des observations du professeur de Berne et de celles du médecin anglais.

11. *Ptérygion.* — La guérison a été obtenue par

la ligature, dans un cas communiqué par M. Szokalski à la Société de médecine de Gand. (*Bulletin* de cette Société, février 1842, p. 17.)

Obs. — « Une jeune domestique, d'une constitution lymphatico-sanguine, portait, dans le grand angle de l'œil gauche, un ptérygion qui s'avançait par son sommet à près d'une ligne sur la cornée. La malade avait été sujette, dans son enfance, à de fréquentes conjonctivites pustuleuses, et elle prétendait que le ptérygion s'était développé à leur suite. Elle désirait vivement être débarrassée de son mál, car il lui faisait voir tous les objets doubles lorsqu'elle regardait de côté, phénomène qui s'expliquait par la gêne dans les mouvements de l'œil. L'opération offrait la seule chance de guérison, et je l'exécutai par le procédé ordinaire, c'est à dire que je saisis le ptérygion avec une airigine, que je le séparai de la sclérotique avec un couteau, en commençant par son sommet, et qu'arrivé près de la caroncule lacrymale, je le coupai au moyen de ciseaux. La guérison n'offrit rien de remarquable. Mais au bout d'une quinzaine de jours, le ptérygion s'était reproduit, et ressemblait exactement à celui que j'avais enlevé, à cette seule exception, que son sommet ne siégeait plus sur la cornée, mais près de son pourtour, sur la sclérotique. Une nouvelle excision fut entreprise : je la fis suivre d'une cautérisation de la plaie, que je réiterai plusieurs fois ; mais je ne fus pas plus heureux : le ptérygion se reproduisit de nouveau. Après ces insuccès, il me sembla qu'il fallait, avant tout, provoquer l'oblitération des vaisseaux et qu'alors l'hypertrophie de la conjonctive, dont dépend évidemment le ptérygion, ne pourrait plus avoir lieu. En partant de cette idée, j'eus recours à la ligature, que j'appliquai de la manière suivante : Un fil en soie fut enfilé, par ses deux chefs, dans deux aiguilles chirurgicales très-fines ;

ayant écarté et fixé les paupières avec l'instrument de Kelley-Snowden, je saisis le ptérygion avec une pince à airigne; je passai ensuite les deux aiguilles, l'une à sa base et l'autre à son sommet, entre lui et la sclérotique. Les fils furent attirés un peu et coupés avec des ciseaux tout près des aiguilles. Par ces coupures, le fil fut divisé en trois parties, dont la première avait ses deux chefs dirigés en bas et son anse en haut, et les deux autres chacun un bout en haut et un autre en bas. Les deux derniers fils furent liés de sorte que la première ligature embrassât le ptérygion à sa base et l'autre à son sommet. Quant au troisième fil, il fut attiré jusqu'à ce que son anse s'appliquât sur le bord supérieur du ptérygion ; ses deux chefs furent liés ensuite par un nœud qui se plaça sur son bord inférieur. La ligature formée par le dernier fil embrassa toute la surface du ptérygion, par laquelle celui-ci était réuni avec la sclérotique.

« Les bouts de ces trois ligatures furent fixés sur la joue avec des emplâtres agglutinatifs ; mais ils étaient peu tendus pour laisser à l'œil un libre jeu dans l'orbite. Les deux yeux furent ensuite fermés, les paupières collées avec du taffetas d'Angleterre, comme on a l'usage de le faire après l'opération de la cataracte par extraction ; l'œil malade fut fomenté avec de l'eau glacée. L'acollement des paupières me parut indispensable pour empêcher, autant que possible, les mouvements de l'œil opéré et pour éviter une trop forte réaction inflammatoire. Le lendemain, les paupières de l'œil opéré étaient un peu gonflées, la conjonctive enflammée, les ligatures humectées de mucus conjonctival ; cependant, malgré tout cela, elles furent mieux supportées que je ne l'avais présumé, de sorte que je pus les laisser pendant trois jours. Au bout de ce temps, la suppuration commença à s'établir : il était évident que l'oblitération des vaisseaux était

effectuée; je saisis donc de nouveau le ptérygion avec une pince à airigne, et j'excisai toute la partie comprise entre les ligatures : aucune hémorrhagie n'eut lieu, et les ligatures furent éloignées de l'œil. La plaie qui en résulta était linéaire, et l'œil se remuait dans toutes les directions avec une grande facilité. Les fomentations d'eau froide furent continuées encore, pendant quelques jours, et peu après, l'œil fut entièrement guéri. — On ne voit aujourd'hui qu'une légère cicatrice linéaire et une légère tache sur la cornée, à l'endroit où était placé auparavant le sommet du ptérygion. Il est à espérer que cette tache disparaîtra avec le temps. »

12 *Excroissance de la sclérotique.* — L'observation que nous reproduisons de tumeur congénitale de la sclérotique a été consignée par M. Szokalski dans le *Journal für Chirugie und Augenheilkunde*, de MM. de Walther et d'Ammon, (n° 2).

Obs. — « Elisabeth Guise, âgée de 18 ans, brune, bien constituée et jouissant d'une parfaite santé, est venue me consulter le 2 septembre 1841, pour une tumeur volumineuse qu'elle portait dans l'œil droit et qui donnait à sa figure, d'ailleurs assez bien formée, un aspect très-désagréable. — Cette tumeur, de la grosseur d'un grain de haricot et de couleur rouge-cerise, siégeait dans la partie inférieure de l'angle externe de l'œil. Elle commençait brusquement à peu près à une ligne et demie du grand pli conjonctival et s'élevait à une hauteur assez considérable au-dessus du niveau de la sclérotique et s'étendait jusqu'à la cornée, s'avançant même sur cette dernière à peu près d'une ligne et demie au delà de sa jonction avec la sclérotique. — Elle était longue de 5 lignes, large de 4, et haute de plus de deux, et paraissait formée d'un tissu tellement peu résistant, que je l'ai prise, au premier

aspect, pour la conjonctive scléroticale hypertrophiée, recouvrant par son repli une portion de la cornée; mais un examen plus scrupuleux me fit bientôt voir que la conjonctive cornéale prenait aussi part à la dégénérescence.— En touchant la tumeur avec un stylet, ou avec le doigt, à travers la paupière, on reconnaissait qu'elle n'était molle qu'à sa surface et qu'elle contenait au fond un corps résistant et adhérant à la sclérotique. — La partie de la cornée qui était exempte de dégénérescence ne présentait aucune anomalie.—La chambre antérieure offrait les dimensions ordinaires; l'iris ressemblait entièrement à son congénère et il n'existait aucun changement dans ses fonctions.—La pupille était entièrement ronde et son plan normal. — La vue de près et de loin était parfaite. — La mère de la malade nous assura avoir remarqué la tumeur immédiatement après la naissance de son enfant, mais elle n'était pas plus grosse qu'une tête d'épingle.—Elle conserva ce volume pendant assez longtemps; mais plus tard, elle augmenta au point qu'on a jugé à propos de consulter M. Roux à ce sujet. Cet habile chirurgien retrancha une partie de la tumeur.—Mais ce qui en était resté s'était accru pendant 15 ans, au point où nous l'avons trouvé. — La crainte d'une augmentation encore plus considérable, le frottement que la tumeur exerçait contre les paupières, la gêne dans les mouvements de l'œil, et surtout le désir de se débarrasser d'un mal qui la défigurait; tels étaient les motifs qui portaient la malade à réclamer mes soins.—On conçoit facilement que la guérison radicale de la tumeur n'était guère possible; mais restait toujours l'espoir de l'aplatir, de rendre plus libre le jeu du globe de l'œil et des paupières, et, plus tard, d'empêcher, autant que possible, sa reproduction. Pour obtenir ce résultat il n'y avait que l'emploi des caustiques et de l'instrument tranchant;

je me suis proposé de me servir, selon les circonstances, des uns et des autres. — Dans ce but, ayant placé la malade sur un petit tabouret, j'ai fait fixer sa tête comme pour l'opération de la cataracte, et j'ai écarté les paupières au moyen du dilatateur de M. Kelley-Snowden. Je saisis ensuite la tumeur avec une forte airigne; elle blanchit sous la pression de l'instrument; elle présentait une résistance élastique tellement considérable, qu'il me fut impossible d'enlever autre chose que la conjonctive boursoufflée et épaissie qui recouvrait sa surface. Après la séparation de cette membrane, j'aperçus, mise à nu, une tumeur fibreuse d'un éclat luisant, naissant de la sclérotique; on distinguait facilement les fibres de cette membrane; à son pourtour elles se perdaient dans l'excroissance. — J'ai saisi de nouveau la tumeur avec les pinces et par quelques efforts j'en enlevai une portion; la coupe ressemblait à celle d'une verrue fraîchement tronquée. — Elle était blanche, parsemée de vaisseaux coupés, qui saignaient assez abondamment; j'ai retranché encore une couche, avec les mêmes difficultés; mais, cette fois, l'hémorrhagie devint si forte qu'elle me masqua entièrement la tumeur; cette circonstance me força d'interrompre l'opération, de crainte qu'en agissant à tâtons, il ne m'arrivât d'ouvrir la coque oculaire. — Le sang coula plus de cinq heures malgré les fomentations continues d'eau froide. — Le lendemain, la tumeur se montra entourée d'un bourrelet de la conjonctive rouge et épaissie; elle présentait à la sonde une résistance considérable, ce qui prouvait qu'elle était encore très-épaisse. — Je me proposais de revenir à l'opération, mais la malade ne voulant plus s'y soumettre, force me fut de recourir à l'emploi des caustiques. — Dans ce but, les paupières furent écartées de nouveau, avec l'instrument de Kelley-Snowden, et la tête convenablement fixée

j'ai cautérisé la tumeur avec le nitrate d'argent.— Quelques instants après, j'ai abstergé la surface cautérisée avec un pinçeau trempé dans de l'eau et je l'enduisis ensuite avec une couche d'huile d'amandes douces pour empêcher son contact immédiat avec la muqueuse des paupières.— On a souvent occasion de remarquer combien la cautérisation du globe oculaire est incertaine, difficile, et quelquefois même dangereuse, surtout lorsqu'on est obligé de faire fortement agir le caustique sur l'œil, et de revenir souvent à son emploi. — Aussitôt qu'il est mis en contact avec l'endroit qu'on veut cauteriser, les paupières se ferment spasmodiquement, et souvent, ni l'adresse ni la force de l'aide ne peuvent suffire pour maîtriser ce mouvement involontaire du malade. La partie cautérisée du globe touche alors à la muqueuse des paupières et y occasionne une douleur insupportable.—Les larmes sont abondamment sécrétées, et ne pouvant pas s'échapper par la fente palpébrale, à cause du spasme des paupières, elles augmentent d'autant plus ces douleurs qu'elles contiennent en dissolution le caustique qu'on vient d'employer. —J'ai observé souvent des *chémosis* et des photophobies violentes à la suite de cautérisations mal faites des ulcères de la cornée, et je crois qu'il n'y a pas de meilleur moyen pour empêcher ces suites fâcheuses que d'entretenir les paupières ouvertes après la cautérisation, autant qu'il est nécessaire pour nettoyer la surface cautérisée. --L'instrument de Kelley-Snowden m'a rendu à cet égard d'excellents services, et je recommande son emploi à l'attention de mes confrères. C'est à l'aide de cet instrument que j'ai cautérisé la tumeur de la jeune Elisabeth, pendant 15 jours consécutifs, sans être surpris par l'inflammation. — Les premières fois, la douleur était presque nulle; mais, plus tard, la tumeur devint si sensible au contact du nitrate d'argent qu'il me fallut renoncer à

son emploi et recourir de nouveau à l'instrument tranchant; mais ce dernier ne fut pas mieux supporté, et j'ai été forcé de m'arrêter dans mon traitement. — Quinze jours plus tard, je présentai ma malade à M. le professeur Jaeger, de Vienne, qui a bien voulu m'honorer de sa visite pendant son séjour à Paris.—La tumeur était diminuée au moins d'une ligne et demie en hauteur, et elle était recouverte de nouveau par la conjonctive, qui ne présentait aucune anomalie, ni dans son aspect, ni dans ses fonctions; je me suis convaincu, à cette occasion, d'avoir obtenu le résultat que je m'étais proposé d'atteindre par mes tentatives opératoires. La dégénérescence carcinomateuse que M. d'Ammon a vu quelquefois survenir à la suite d'une pareille hardiesse, n'était nullement à craindre dans le cas soumis à mon observation. »

M. d'Ammon rapporte, à la suite de cette observation, un cas analogue qu'il a observé depuis la publication de son grand ouvrage *Klinische Darstellungen*, etc. Il existait ici une complication de colobôme congénital de la paupière supérieure. Un garçon, âgé de 6 ans, portait au milieu de l'œil gauche deux tumeurs lisses, rouges comme la muqueuse buccale. Une de ces tumeurs siégeait au-dessus et l'autre au-dessous de la cornée. — Leur sommet dépassait de quelques lignes la jonction de cette membrane avec le sclérotique, et leur base s'étendait jusqu'à l'endroit où la conjonctive palpébrale passe au globe oculaire.

Ces tumeurs étaient recouvertes par la conjonctive et elles étaient fortement adhérentes aux membranes sous-jacentes. Ainsi que nous l'avons dit ci-dessus (p.26-27), la paupière supérieure était fendue jusqu'au bord orbitaire, de telle manière que la fente palpébrale formait un triangle bordé de cils.

Pour ce qui est de la dégénérescence cancéreuse, dont parle M. Szokalski, et qui serait le résultat de la cautérisation des tumeurs scléroticales, M. d'Ammon dit ne l'avoir observée que dans des tumeurs acquises, mais jamais dans les cas de tumeurs congénitales.

13. *Ulcérations de la cornée.* — M. Desmarres (*Gaz. des Hôpit.*, 20 août) a publié la note suivante sur l'emploi de la belladone, en fomentations glacées et en instillations, dans les perforations imminentes ou accomplies de la cornée, et dans les hernies de l'iris qui accompagnent ces dernières :

« Tout le monde connaît l'effet de la belladone sur l'iris, et chacun sait qu'on l'emploie pour dilater la pupille avant de pratiquer les opérations de cataracte par abaissement. Mais si, dans ce cas, l'utilité de la belladone est réelle, elle le devient encore bien davantage, lorsqu'à la suite d'une ophthalmie, des ulcérations menacent de détruire la cornée dans une étendue plus ou moins grande. Ces ulcérations perforantes doivent, sous le point de vue de l'emploi de la belladone, être divisées en deux groupes principaux :

« 1° Ulcérations du centre de la cornée ;

« 2° Ulcérations de la circonférence de cette membrane.

« Il suit de là que les procidences iridiennes qui suivent ces ulcérations devront être divisées, de la même manière, en

« 3° Procidences iridiennes du centre de la cornée ;

« 4° » » de la circonférence.

« Nous allons passer en revue chacune de ces diverses affections de l'œil.

« A. *Ulcérations du centre de la cornée*, *avec*

menace de procidence de l'iris. — Nous nommons ainsi les ulcérations qui succèdent d'ordinaire à l'ophthalmie scrofuleuse ou qui frappent la cornée dès le début de cette affection. On n'ignore pas que ces ulcérations choisissent malheureusement le centre de cette membrane et se présentent, tantôt sous la forme de cupules rondes, transparentes, d'un diamètre assez petit ; tantôt, au contraire, sous celle de petites excavations plus ou moins ovalaires, d'autant plus larges qu'on se rapproche davantage de la surface externe de la cornée, de sorte que leur fond ne présente quelquefois qu'à grand peine une place suffisante pour loger l'extrémité d'un stylet fin. Ces dernières, qu'on ne voit guère que chez les individus scrofuleux, marchent avec une grande rapidité, et le plus souvent telle, que du jour au lendemain, la cornée est perforée, l'iris hernié et la pupille détruite.

« On recommande bien, pour les enrayer dans leur marche, ou des applications de nitrate d'argent, ou un traitement antiphlogistique très-énergique, en même temps qu'on conseille des instillations de quelques gouttes de belladone dans l'œil pour dilater la pupille. Mais si l'on réfléchit sur ce fait, que ces ulcérations s'accompagnent d'une vive hypérémie oculaire, que l'iris est fortement injecté et que la pupille est presque immobile, on devra comprendre que ces instillations de belladone, abandonnées à des mains sans expérience, c'est-à-dire au hasard, devront être d'un effet nul, et que l'œil sera gravement compromis si la perforation de la cornée survient. On conçoit que, lorsque l'œil est dans des conditions normales, l'iris puisse être facilement narcotisé par une instillation de belladone répétée de temps en temps et même à d'assez longs

intervalles; mais lorsque l'une des membranes, la cornée surtout, est enflammée, il n'en est plus ainsi, parce que la vitalité de l'iris est singulièrement augmentée. C'est pour vaincre cet excès anormal de vitalité que nous avons coutume d'employer la belladone sous une forme particulière, et que nous aidons son action par celle de la glace appliquée sur l'œil en permanence pendant tout le temps que la pupille reste contractée. Nous avons coutume, dans les cas de perforation imminente de la cornée, de recommander les précautions suivantes, qui peuvent s'appliquer également à d'autres cas particuliers sur lesquels nous reviendrons :

« Faire coucher le malade sur le dos, la tête basse, autant que possible dans l'immobilité; appliquer sur l'œil malade des compresses légères, trempées dans le liquide suivant, et avoir soin de les changer de cinq en cinq minutes, et de profiter de ce moment pour instiller une goutte du même liquide entre les paupières, avec la plus grande précaution de n'exercer aucune pression sur le globe :

« Pr. Eau distillée,	1	litre.
Herbe de belladone,	50	grammes
— de jusquiame,	50	id.

« Faites infuser; délayez.

« Extrait de belladone sans fécule	20	id.

« Filtrez; puis entourez de glace.

« Ces précautions étant prises, si la perforation de la cornée survient, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors; mais l'iris, retiré vers le corps ciliaire, ne suit pas le mouvement d'expulsion imprimé par les contractions musculaires; la cornée s'affaisse pour quelques instants, et il en résulte pour l'ensemble du globe une détente salutaire. Les lèvres de l'ulcération se rapprochent, la lymphe plastique

dont elles sont chargées commence à s'organiser sur la surface externe de la membrane de l'humeur aqueuse qui a glissé au-devant de l'ouverture de la cornée, immédiatement après la sortie des liquides. C'est ainsi que cette membrane vient servir de base à la cicatrice qui se forme bientôt.

« B. *Ulcérations de la circonférence de la cornée, avec menace de procidence de l'iris.* — A la suite des ophthalmies catarrhales purulentes, blennorrhagiques, etc., on voit survenir dans la cornée, vers son pourtour, des épanchements interlamellaires très-larges le plus souvent, et qui s'ulcèrent en dehors dans un grand nombre de cas. Souvent aussi l'ulcération fait des progrès d'avant en arrière et dévore peu à peu les lames profondes de la cornée, de telle sorte que, là aussi, on a à craindre la hernie iridienne.

« Doit-on dilater ou non la pupille? Telle est la question que doit d'abord se poser le praticien. Oui, si l'ulcère est si large qu'on doive redouter à la fois la procidence de toute la marge iridienne; non, dans tous les cas où l'ulcération, limitée sur la cornée à un millimètre environ du bord correspondant de la pupille, ne menace que la partie sous-jacente de l'iris. Dans le premier cas, si on parvient à dilater la pupille, il est évident qu'on sauvera toute la portion de cette ouverture située dans l'extrémité opposée à l'ulcération; tandis qu'au contraire, dans le second, la portion herniée de l'iris servira elle-même à oblitérer l'ouverture, sans risque aucun pour la vision.

« Tout récemment, dans un cas analogue de large ulcération de toute la moitié inférieure de la cornée, à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique, chez un jeune homme de dix-neuf ans, j'ai pu sau-

ver l'iris d'une hernie inévitable ; mais j'ai été forcé, pour obtenir ce résultat, de maintenir la pupille dilatée pendant tout un mois ; l'ulcération était si large, que trois fois, pendant cet espace de temps, l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors par suite de la rupture d'un large kératocèle, et que trois fois l'iris a été préservé par la précaution que j'avais prise.

« C. *Procidence récente de l'iris dans le centre de la cornée.* — Il arrive très-fréquemment qu'à la suite d'une ulcération perforante de la cornée, une procidence de la marge de l'iris, partielle ou générale, vienne tout à coup compromettre une partie de la vision ou la détruire en entier.

« Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, qu'on peut, quand on est appelé assez à temps, prévenir un aussi funeste état de choses ; mais lorsque la hernie s'est produite, faut-il désespérer de la réduire ? Il n'en est rien ; car l'observation, au contraire, m'a démontré qu'on pouvait, dans beaucoup de cas, espérer non-seulement la réduction d'une partie de l'iris, mais encore le rétablissement complet de la pupille, sans aucun dommage ultérieur pour la vision.

« Il suffit, pour cela, d'avoir recours assez à temps, c'est-à-dire avant que l'iris ne soit gangrené par suite de la compression, à l'emploi du moyen que nous avons indiqué plus haut, et surtout d'insister longtemps, deux ou trois jours s'il le faut, sur son usage.

« L'explication de ce qui se passe est alors facile: le froid, appliqué sur l'œil, répercute le sang des capillaires dans l'ensemble de l'organe, et s'oppose à la gangrène de la partie herniée en empêchant son gonflement inflammatoire, tandis que, d'un

autre côté, la belladone, instillée dans l'œil, en même temps qu'elle diminue l'hypérémie iridienne, tend incessamment, par son action particulière sur l'iris, à le dégager de la voie étroite que lui a offerte l'ulcération pendant l'écoulement de l'humeur aqueuse. C'est ainsi que j'ai pu rétablir complétement la pupille d'une jeune enfant qui s'est présentée à ma clinique, le 9 juin dernier, atteinte d'une kératite lymphatique avec large épanchement et hypopion, qui s'élevait jusqu'à la hauteur du milieu du diamètre vertical de la chambre antérieure; je prescrivis, indépendamment d'un traitement antiphlogistique énergique, l'emploi de la belladone; mais les parents ayant mal compris mes instructions, une procidence partielle eut lieu, par suite de la rupture des lamelles antérieures de la cornée et de l'évacuation de l'humeur aqueuse. Je prescrivis alors l'emploi de la belladone, en instillations et en fomentations glacées, pendant trois jours entiers, après quoi je fus assez heureux pour constater, avec les médecins qui suivent ma clinique, le rétablissement complet de la pupille, qui a repris aujourd'hui toute sa mobilité normale. Je pourrais encore donner pour exemple une jeune fille de Passy, qui m'a été envoyée avec une procidence de l'iris telle, que les cinq sixièmes internes de la pupille avaient disparu et que la vision était nulle. La belladone, aidée du froid, est parvenue à réduire en grande partie la hernie, et une petite portion de l'iris, seulement, est restée adhérente à la cornée. La vision, dans ce cas, est encore parfaite.

« Il est presque inutile de dire que, dans les cas de procidence ancienne de l'iris, le moyen dont nous nous servons ne pourrait être suivi d'aucun résultat avantageux, parce que, d'une part, la por-

tion herniée tombe en gangrène, et que, d'un autre côté, des adhérences se sont établies entre elle et la cornée. Nous pourrions ajouter que, dans les cas de procidence récente ou ancienne, toutes les tentatives que nous avons faites pour refouler l'iris avec des stylets, ou d'autres instruments analogues, ont été nulles, et que l'inflammation de l'œil, malgré les ménagements que nous y avions mis, a semblé toujours en devenir plus grande.

« Pour compléter, autant que faire se peut, ce que nous avons à dire sur l'emploi de la belladone dans les cas, soit d'ulcération menaçant de devenir perforante, soit de hernie de l'iris récente, il nous suffira d'ajouter que, lorsque la pupille est dilatée, ou l'iris réduit par suite des fomentations et des instillations de belladone, les premières deviennent inutiles, et qu'une goutte de mélange instillé entre les paupières, huit ou dix fois par jour, maintient le diaphragme de l'œil sous l'influence du narcotisme nécessaire jusqu'à la cicatrisation complète de l'ulcération.

« D. *Procidence récente de l'iris dans la circonférence de la cornée.* — Lorsque l'ulcération de la circonférence de la cornée est très-large, elle rentre entièrement dans les ulcérations du centre, en ce qui touche l'emploi de la belladone, parce que toute la marge pupillaire peut traverser la perforation. Il est donc du plus haut intérêt de tenter la réduction dans ce cas, comme nous l'avons fait plusieurs fois, par le moyen que nous avons indiqué plus haut.

« Mais, lorsque l'ulcération de la circonférence est placée de telle sorte qu'on n'a à craindre que la procidence d'une portion très-limitée de l'iris vers ses attaches ciliaires, il faut bien se garder de

dilater la pupille; car, en agissant ainsi, on courrait au-devant du danger à éviter, je veux dire qu'on porterait dans l'ulcération même une partie de la marge pupillaire. Dans ces cas, il faut donc se borner à un traitement antiphlogistique, et mettre de côté les instillations de belladone. Cependant, lorsque la procidence est accomplie, si l'on voit qu'une portion de l'iris, de plus en plus grande, s'engage dans l'ulcération, et menace la pupille, on doit s'empresser de dilater celle-ci, et d'exercer une compression méthodique sur la tumeur. Nous remplissons cette dernière indication en appliquant une assez forte boulette de charpie sur la paupière supérieure fermée, et en plaçant une petite pièce de monnaie sur la portion de charpie qui recouvre la partie la plus saillante de la tumeur. L'appareil est maintenu par un bandage convenable et lavé matin et soir pour faire en quantité suffisante les instillations de belladone nécessaires, instillations dont l'effet est encore aidé par l'application de la même substance en extrait, sur le bord libre des paupières. »

14. *Leucôme*. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur J. P. Van Meerbeeck, rédacteur de la *Gazette médicale belge*, la traduction des observations qui suivent, publiées par M. Holscher, dans les *Hannoversche Annalen für die gesammte Heilkunde* (Neue Folge, 1 Jahrg. Seite 511).

Obs. I. *Dégénérescence leucômateuse considérable de la cornée, notablement améliorée par une incision dans la substance de cette membrane.* — Une dame de 22 ans, ayant été atteinte d'une ophthalmie des nouveau-nés, en avait conservé une atrophie de l'œil gauche; du côté droit, existait un leucôme qui ne laissait

la cornée transparente que dans une étendue de 3 lignes de largeur, à son bord supérieur et interne. L'iris était sain; la lumière était encore distinguée de l'obscurité. M. Holscher pratiqua l'opération de la pupille artificielle, moins dans l'espoir d'améliorer la vision, que pour satisfaire la malheureuse aveugle. Un couteau lancéolaire fut introduit par le bord externe de la cornée, à travers la partie leucômateuse. Une saignée d'une livre, pratiquée immédiatement après l'opération, n'empêcha pas une forte inflammation de se déclarer; on dut avoir recours aux émissions sanguines locales, aux compresses froides, à l'opium, au calomel. Le neuvième jour, l'inflammation avait disparu; on apercevait la pupille artificielle sous forme d'une raie étroite et obscure, au bord interne de la cornée; la faculté visuelle n'avait rien gagné et après quelques semaines on renvoya la patiente chez elle avec des paroles consolantes. Elle revint après deux mois et demi, et, à sa grande joie, M. Holscher trouva que non-seulement la pupille artificielle avait persisté, mais que la tache leucômateuse de la cornée était considérablement diminuée. Dans le point où la cornée avait été percée par l'instrument, et dans sa circonférence, à la largeur de une ligne et demie, la transparence était revenue. La patiente pouvait maintenant reconnaître des objets volumineux et se conduire elle-même dans des chemins inconnus.

Le résultat heureux, accidentellement obtenu dans ce cas, joint à la connaissance de l'activité extraordinaire des vaisseaux absorbants de la partie et aux données de l'expérience, que des anciens dépôts de lymphe plastique ont souvent été résorbés, et que les organes qui en étaient affectés ont récupéré leur état primitif, ces trois circonstances ont engagé M. Holscher à provoquer des *processus*

inflammatoires et résorbants, à l'aide d'incisions et de ponctions cornéales profondes, mais non pénétrantes, dans les cas de leucômes de la cornée anciens et inutilement traités par d'autres moyens. Dans quelques cas, ce procédé a produit une transparence tellement étendue de la circonférence cornéenne, que l'auteur a pu procéder avec avantage à l'opération de la pupille artificielle.

Obs. II. *Leucôme considérablement amélioré par des incisions cornéennes profondes.*—Un jeune homme de 14 ans était affecté de leucôme de l'œil gauche, suite de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. La perception de la lumière n'était pas entièrement abolie dans cet œil. L'œil droit offrait de la tendance au staphylôme. L'auteur pénétra quatre fois, dans l'intervalle de 8 jours, dans la cornée leucômateuse. Chaque incision fut faite dans un point différent et dans une direction oblique, à une profondeur telle qu'on pouvait le faire en conservant la certitude de ne pas faire une plaie pénétrante. Il se servit, pour ces incisions, d'un couteau à cataracte, et il eut soin d'agrandir chaque fois la plaie en imprimant un mouvement de bascule à la pointe du couteau en le retirant. Les trois premières incisions en produisirent aucune réaction ; c'est pourquoi M. Holscher instilla dans l'œil, après la quatrième, quelques gouttes de teinture d'opium, et il répéta ensuite cette instillation trois fois par jour.

Il en résulta une inflammation de l'œil, qui était cherchée, mais qui fut telle qu'il crut devoir la combattre par une application de 8 sangsues et quelques doses de calomel. L'instillation de la teinture d'opium et en même temps l'administration journalière de 2 cuillerées d'huile de foie de morue, furent continuées pendant deux mois. Après cette époque, l'éclaircissement du leucôme avait

fait de tels progrès, que le patient pouvait distinguer des objets volumineux.

Obs. III. *Disparition complète d'un obscurcissement leucômateux situé vis-à-vis la pupille.*—Un homme de 40 ans était affecté d'un obscurcissement leucômateux épais et étendu, couvrant toute la pupille de l'œil droit, suite d'une ophthalmie gonorrhoïque. Le patient ne voyait, à l'aide de la dilatation artificielle de la pupille, qu'une lueur imparfaite. Après que M. Holscher eut combattu vainement cet état pendant toute une année, il provoqua, comme dans le cas précédent, une inflammation traumatique de l'œil, traita celle-ci par des évacuations sanguines locales, par le calomel, l'opium et les purgatifs salins, et instilla dans l'œil, après qu'elle eut cessé, du sulfate de zinc uni à la teinture d'opium. Cette instillation fut continuée pendant quelques mois, et une année et demie après l'opération il n'existait plus de trace de l'affection leucômateuse.

15. *Hyperkératose.* — Voici quelle a été la série des opérations qu'a pratiquées le docteur Walker (*Provincial medical and surgical Journal*) dans un cas de conicité de la cornée :

Obs.—Joshna Bentley, âgée de 47 ans, avait, à la suite d'ophthalmies répétées, une opacité au centre de la cornée qui avait en même temps pris la forme conique. L'œil gauche étant le plus malade fut celui qu'on choisit pour essayer le traitement. On commença par faire une pupille artificielle, en choisissant la méthode de l'iridectomie; mais la vue fut à peine améliorée. On se décida alors à pratiquer l'extraction du cristallin, en attaquant la cornée par son bord supérieur pour ne pas compromettre la pupille de nouvelle formation qui était située en bas. La lentille retirée était diaphane, quoique présentant une teinte légèrement jaunâtre. Quelque temps après

cette seconde opération, le chirurgien s'aperçut que la capsule restée en place était devenue opaque, et il introduisit une aiguille pour la morceler. Ce fut seulement alors que la vision parut avoir gagné; et après une quatrième opération, faite pour achever le broiement de la capsule, la malade retourna chez elle, y voyant aussi bien que jamais de cet œil, et distinguant les plus petits caractères à toutes les distances.

On croirait difficilement qu'après avoir subi avec un bonheur aussi inespéré tant d'opérations délicates, la malade ait consenti à laisser recommencer la même série de manœuvres sur l'autre œil. C'est cependant ce qu'elle fit; au bout d'un mois elle revint, demandant qu'on lui rendît également la vue du côté droit. Le chirurgien suivit la même marche que la première fois; mais le résultat fut bien différent; car, lorsqu'après avoir de nouveau établi la pupille artificielle, il eut ensuite extrait le cristallin, une inflammation violente se déclara et amena en peu de temps la suppuration et l'atrophie du globe oculaire.

Nous avons reproduit dans le 2e fascicule du 2e volume supplémentaire des *Annales d'Oculistique*, un mémoire de la plus haute importance, publié par M. Sichel dans le *Bulletin général de thérapeutique*; nous n'avons pas cru pouvoir ne consacrer qu'une analyse au travail du savant oculiste parisien sur la conicité de la cornée. Nous avons placé, à la suite de ce mémoire, les réflexions critiques de M. Lhommeau, chef de clinique de M. Bérard : de cette façon, les lecteurs auront pu rapprocher et juger les deux manières de voir.

16. *Staphylôme*. — M. Lerche (*Vermischte Abh. von einer Gesellschaft pract. Aerzte*, St.-Pétersbourg 1842) a l'habitude, lorsqu'il veut produire l'af-

faissement de l'œil, dans le staphylôme, d'enlever avec les ciseaux un lambeau triangulaire de la cornée. Des applications d'eau froide, la cautérisation, la teinture d'opium sont employées par lui pour prévenir les accidents consécutifs et les récidives.

A propos d'un cas, dont a parlé M. Bouchacourt (*Ann. d'Oc.* VIII, p. 106), dans lequel M. Rosas a enlevé une portion de staphylôme, ce qui a donné naissance à une fausse membrane translucide, M. Gulz, assistant de la clinique ophthalmologique de Vienne, s'est livré à des considérations sur la korectomie comme moyen de rétablir la vue, dans la dégénérescence staphylômateuse de la cornée (*OEsterr. med. Wochenschrift*, n° 24). Nous nous bornons à mentionner ce travail purement spéculatif.

17. *Pupille artificielle.* — M. le docteur Hoering a traité dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (juin 1842) de l'opération de la pupille artificielle *selon les cas observés à la clinique de M. Jaeger, à Vienne.*

M. Jaeger n'opère jamais par iridotomie ; l'iridectomie et l'iridodyalise sont ses procédés habituels. Nous laisserons parler M. Hœring.

« L'importance et les avantages du décollement sont incontestables, mais on les apprécie surtout lorsqu'on voit cette méthode exécutée par une main habile... Il est certain que la lésion de l'œil exposé à cette opération est très-forte.... Mais la dépression du cristallin n'est pas une opération moins brutale, surtout lorsqu'elle est exécutée par une main peu exercée : personne, cependant, ne voudrait l'abandonner aujourd'hui et priver la chirurgie d'un de ses procédés les plus efficaces.... Dans tous les cas où

l'on est obligé de former une [illegible]
pres de la circonférence [illegible]
fère le [illegible]ment à toute autre [illegible]
accordée [illegible] préférence dans [illegible]
de l'iris [illegible]
il présume [illegible]
procédé [illegible]
de déprimer [illegible]
nouvelle [illegible]
l'angle inter[illegible]
ce genre de [illegible]
petit tabour[illegible]
la fenêtre ;— [illegible]
d'un aide... [illegible]
son bras droit [illegible]
son bras gauche [illegible]
la paume de l'[illegible]
fronce la peau [illegible]
et ayant saisi la [illegible]
rieur de l'orbite [illegible]
chaise, devant le [illegible]
de celui-ci soit au [illegible]
suite un couteau [illegible]
quatre ou cinq [illegible]
doit être séparé du [illegible]
capacité de la cham[illegible]
d'ouvrir assez larg[illegible]
élargit la plaie en ret[illegible]
après il s'empare d'un [illegible] un
une plume à écrire. [illegible] nte,
et le médius un peu co[illegible] ugle.
strument ; son doigt [illegible] moment
de la main et son petit [illegible] ambu-
tempe du malade. La [illegible] on loin du
haut, la pointe en bas, [illegible] opéra les

pousse à travers la plaie cornéale, il appuie un peu sur un de ses bords pour les écarter l'un de l'autre. Au moment où la pointe de l'instrument a pénétré dans la chambre antérieure, il l'appuie à plat sur la surface postérieure de la cornée et il l'avance jusqu'à ce que sa courbure se soit cachée derrière le rebord sclérotical. Arrivé à ce point, il accroche l'iris à sa jonction avec le ligament ciliaire, il l'attire et aussitôt qu'il a remarqué que l'iris cède, il revient à la position qu'il a quittée, en plaçant de nouveau le crochet à plat contre la cornée....; le crochet s'arrête facilement dans la plaie de la cornée, et l'on est très-souvent obligé de lâcher prise pour le débarrasser... M. Jaeger appuie fortement l'instrument contre la cornée en le retirant; par ce procédé il écarte les bords de la plaie et il sort de l'œil sans aucune difficulté..... M. Jaeger laisse l'iris enclavé entre les bords de la plaie cornéale. »

Pour ce qui est des accidents consécutifs, on en observe quelquefois dans le service de M. Jaeger; mais ils sont tout aussi fréquents après l'excision. Le professeur de Vienne maintient les paupières fermées des deux côtés, même lorsqu'il n'a opéré qu'un seul œil. Nous avons vu dans le travail de M. Bouchacourt (*Annales d'Oculistique*, vol. VIII, liv. 4 et 5) quelle est la conduite de M. Jaeger, tant pour prévenir, que pour combattre l'inflammation. « Si les cas sont bien choisis, dit M. Hoering, si, avant l'opération, on se donne la peine de les réduire à leur plus simple expression, et que l'on n'opère qu'après l'extinction entière et complète du processus morbide qui a rendu une pupille artificielle nécessaire, on ne court presque jamais risque d'être surpris par une phlogose consécutive. Il me semble qu'on pourrait admettre en règle générale que le

danger résultant de l'inflammation après l'opération est en raison de l'intensité et de la durée de la maladie qui a détruit l'œil, et surtout en raison du temps écoulé depuis son extinction. J'ai observé que la pupille pratiquée à cause de leucômes centraux masquant les pupilles, réussissait presque constamment, tandis que celles qui se faisaient à la suite des oblitérations de la pupille, avaient une issue moins heureuse. J'explique cette différence par l'inégalité, quant à la force, la persistance et la durée du processus inflammatoire, existant dans la cornée et dans les organes intérieurs de l'œil. Il est certain qu'il est plus long et plus intense dans ces derniers ; il est donc nécessaire que l'opérateur attende plus longtemps avant de l'intervertir. La différence des résultats s'explique surtout parce qu'il faut, dans la majorité des cas, employer le décollement qui expose nécessairement l'œil à plus d'irritation que la méthode par excision. »

L'excision de l'iris doit être préferée, selon M. Jaeger, toutes les fois que les circonstances permettent de l'employer. Nous renvoyons pour la manière de faire du célèbre oculiste autrichien, à l'article cité de M. Bouchacourt (*loc. cit.*, p. 164 et 165).

L'histoire suivante, rapportée par M. Maunoir (*Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, novembre, p. 282) est bien digne de fixer l'attention.

Obs. — Anne Bousset, âgée de 38 ans, naquit clairvoyante (au moins elle prétend en avoir conservé un vague souvenir) ; mais sa vue, sans cause apparente, diminua graduellement, et à 7 ans, elle était aveugle. On n'essaya rien contre cette cécité, jusqu'au moment où elle atteignit sa 11e année; alors un oculiste ambulant passa à Bois-d'Amont dans le Jura, non loin du village qu'habitait sa famille. Cet oculiste opéra les

deux yeux par extraction. Une violente inflammation de ces deux organes fut la suite presque inévitable de cette malencontreuse opération. L'œil droit fut entièrement détruit, il n'en resta qu'un tubercule charnu, remplissant une petite partie de la cavité orbitaire; l'œil gauche fut moins maltraité, il ne recouvra pas la vue, mais il conserva sa forme et son volume. La pupille disparut complétement derrière une cicatrice large et irrégulière, blanche et opaque, qui occupait la plus grande partie de la cornée. Celle-ci avait conservé sa transparence dans sa partie supérieure, fort peu dans sa partie interne, et nullement dans son centre et à l'extérieur.

« D'après l'état de cet œil, M. Maunoir conçut tout de suite la possibilité de pratiquer une pupille artificielle. A l'exception du désordre produit par l'extraction, l'œil était en bon état; il conservait la faculté de distinguer la lumière d'avec les ténèbres.

« La malade fut couchée, presque horizontalement, sur un fauteuil dont le dossier était renversé; M. Maunoir se plaça derrière elle. Assis en avant, un aide tenait la paupière inférieure, M. Maunoir releva la paupière supérieure, et avec son bistouri ordinaire à cataracte, il fit, à la partie latérale et supérieure de la cornée, une incision demi-circulaire, ou plutôt représentant un petit arc de trois lignes environ, parallèle à la circonférence de cette membrane. Puis, introduisant par cette incision des ciseaux à pupille artificielle, il en fit pénétrer la lame pointue dans l'iris, tandis que la lame boutonnée restait entre cette membrane et la cornée. Alors il ferma les ciseaux, et il obtint de la sorte une incision linéaire d'une ligne de longueur au moins, à côté de laquelle il en fit une seconde par le même procédé. Cette seconde incision partait du point où avait commencé la première, formant avec elle un angle dont les deux branches

étaient distantes d'une ligne à leur extrémité, et dont le sommet était tourné vers la tempe. Cette double section de l'iris ne donna pas lieu à la moindre hémorrhagie. Il y eut, au premier moment, une dilatation faible et irrégulière, l'opérée put apercevoir les mouvements qu'on fit devant son œil avec différents objets, mais elle n'en reconnut aucun. Ces mouvements, la grande augmentation de lumière, le passage devant son œil de différents corps plus ou moins éclairés, la jetaient dans un état d'étonnement et d'extase. Son œil fut fermé et couvert d'une compresse fixée par une bande, jusqu'au huitième jour, que cet appareil fut enlevé. Il ne survint pas le plus petit accident; l'œil était guéri, et à la grande surprise de M. Maunoir, il avait acquis une grande pupille *parfaitement* circulaire. En lui faisant tourner le dos à la lumière, on montra différents objets à l'opérée; elle les voyait, mais ne pouvait dire ce qu'ils étaient; elle se trompait aussi sur leur distance, les croyant plus éloignés qu'ils ne l'étaient. Sans qu'on l'y invitât, elle mit la main devant son œil, crut la reconnaître, et en compta les doigts avec l'index de l'autre main.

« Anne Bousset repartit quelques jours après sa guérison. Déjà elle avait appris à reconnaître les gros objets, et même certains objets plus petits, comme ses aiguilles de bas. Environ six mois après l'opération, elle s'est représentée à M. Maunoir; elle avait fait de grands progrès dans l'art de voir; elle n'avait plus besoin de guide, elle se suffisait pour tout à elle-même. Elle avait pris des leçons de lecture, et épelait facilement, dans un in-8°, des caractères ordinaires, avec un verre convexe. »

M. Maunoir a fait suivre cette observation de la relation, que déjà il avait communiquée aux (*Annales d'Oculistique*, vol. V, p. 17 et 19, avril 1841),

de deux autres opérations bien remarquables de pupilles artificielles pratiquées selon son procédé, dans des cas de la nature de celui qui a fait employer à M. Stromeyer l'instrument dont il sera question ci-dessous.

Le professeur suisse termine en citant textuellement des remarques de M. Riberi, qui a pris sa conduite pour guide, et un nouveau fait tiré de sa pratique.

Obs. Mlle M..., âgée de 60 et quelqes années, affligée de cécité depuis quelques années, présentait toutes les apparences des deux plus belles cataractes. L'œil gauche fut opéré le 5 octobre 1840. L'incision faite à la cornée était trop petite pour un cristallin plus dur et plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement; dans les tentatives de pression, exécutées avec prudence et modération, lorsque déjà 1/3 du cristallin était hors de l'œil, l'humeur vitrée s'échappa en quantité suffisante pour faire renoncer à la pression. M. Maunoir se détermina sur-le-champ à introduire derrière le cristallin, une curette, à l'aide de laquelle il le fit sortir, sans qu'il s'écoulât davantage d'humeur vitrée. Immédiatement après la sortie, la cornée s'enfonça dans le globe, ne présentant plus qu'une membrane ridée, et formant un creux. M. Maunoir fit placer l'opérée dans une position horizontale, puis il remplit la cavité orbitaire extérieure d'eau distillée tiède, de manière qu'elle formait comme un petit étang sur l'œil et les paupières; alors, ouvrant celles-ci, et soulevant le lambeau flétri de la cornée, cette eau pénétra dans la cavité de l'œil et prit la place des humeurs qui en étaient sorties. A l'instant la cornée se souleva, les rides s'effacèrent, cette membrane reprit sa convexité naturelle, et Mlle M.... put voir les objets placés devant elle, mais sans distinguer la forme d'aucun. Une violente

iritis survint, et ne se termina qu'après six longues semaines. En mars 1841, l'œil présentait l'état suivant : la cicatrice ou tache blanche obscurcit et occupe au-delà de la moitié inférieure de la cornée ; les 2/5 environ de sa moitié supérieure conservent une transparence parfaite. Derrière, on voit l'iris, dont les stries rayonnantes représentent un éventail ouvert, dont le sommet ou le manche, inférieurement placé, se perd dans la partie opaque de la cornée. Avec cet œil, Melle M.... conserve la faculté de distinguer très-bien la lumière d'avec les ténèbres, circonstance qui rassurait sur la sensibilité de la rétine. C'est dans ce même mois de mars que M. Maunoir a opéré cet œil de la manière suivante : il fit à la partie externe de la cornée, autant sur la partie externe que sur la partie accidentellement opaque de la cornée, une incision courbe, parallèle à l'union avec la sclérotique, très-rapprochée de cette membrane, et ayant le quart ou tout au plus le tiers de l'incision nécessaire à l'extraction du cristallin, mais bien suffisante pour l'introduction des ciseaux ; puis M. Maunoir introduisit cet instrument sous la cornée, de manière à faire pénétrer sa lame pointue dans l'iris, et sa lame boutonnée entre l'iris et la cornée ; et les pressant dans une direction à peu près horizontale, il fit deux incisions à l'iris de manière à former un V renversé >. « Par le fait de la muscularité de l'iris, continue M. Maunoir, ces incisions se sont dilatées, le lambeau renversé entre les branches du V a disparu, et nous avons vu sur-le-champ une pupille *irrégulière*, d'un beau noir, et Melle M.... a pu voir et compter ses doigts.

« L'opération avait été très-prompte et peu ou point douloureuse. Au bout de quatre jours la cicatrisation de la plaie de la cornée était parfaite ; et dès lors tout appareil est devenu inutile ; la vue s'est fortifiée graduel-

lement. Melle M.... peut lire et écrire avec cette pupille, qui a acquis la forme elliptique. M. Maunoir a opéré, depuis, l'œil gauche, par extraction, avec un succès complet. »

M. le professeur Stromeyer a donné dans l'*Allgemeine Zeitung für Chirurgie*, n° 22, la description d'un nouvel instrument qu'il a appelé *corectome* et qui est destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle. M. Stromeyer considérait depuis longtemps comme un problème intéressant de chirurgie d'arriver par un procédé prompt et facile à l'excision d'un lambeau de l'iris sans léser l'œil considérablement, en amenant à peu près le résultat que l'on obtient lorsque l'humeur aqueuse s'écoule trop promptement après la section de la cornée dans l'opération de la cataracte. Il croit en avoir trouvé la solution, et le cas suivant lui donna l'idée d'un nouvel instrument. Une femme âgée de 54 ans et ayant les deux yeux cataractés, fut reçue dans sa clinique, à Münich. L'œil gauche présentait une adhérence qui paraissait presque complète du bord pupillaire avec la capsule ; l'œil droit paraissait atteint de cataracte capsulo-lenticulaire; l'iris ne présentait aucun changement de texture. Une instillation de belladone ayant été faite, la pupille de l'œil gauche (dont le diamètre transversal avait à peu près une ligne et demie et le diamètre vertical une ligne) n'en éprouva aucune modification ; l'effet qu'elle produisit sur l'œil droit ne parut pas très-marqué; mais son diamètre qui était de 2 1/2 lignes fut jugé assez grand pour livrer passage à un cristallin cataracté dont le volume et la consistance ne seraient pas trop considérables ; M. Stromeyer se décida en conséquence à pratiquer l'extraction de ce côté. Il fit la section de la cornée à la

partie supérieure et dans une étendue assez grande ; mais la sortie de la lentille n'eut pas lieu, bien qu'on exerçât une légère pression sur l'œil et que la malade fût placée dans un demi-jour. L'iris avait perdu une très-grande partie de sa mobilité, sans doute à la suite de l'inflammation qui avait amené une synéchie postérieure dans l'œil gauche. Ce ne fut qu'après une pression plus forte qu'on vit sortir la lentille qui était très-volumineuse et très-dure ; mais une partie du corps vitré s'échappa en même temps. Il survint une oblitération presque complète de la pupille, bien que les symptômes inflammatoires ne fussent pas trop prononcés et malgré un traitement antiphlogistique très-énergique. Cette opération avait donc complétement échoué ; la malade ne pouvait plus fonder d'espoir de recouvrer la vue que sur son œil gauche. M. Stromeyer pensa que la vue du côté opéré se fût rétablie, si, appréciant mieux la capacité expansive de la pupille, il eût récliné le cristallin au lieu de l'extraire. Cette idée le conduisit à mettre en usage une nouvelle méthode opératoire; il se servit, à cet effet, d'un instrument, qu'il nomme *corectome*, construit d'après le mécanisme du kératotome double de M. Jaeger, par M. Bopp, coutelier à Münich. Le but que se propose M. Stromeyer est d'ouvrir la chambre antérieure au moyen d'une aiguille-lance creusée d'un sillon par où est évacuée l'humeur aqueuse ; on produit ainsi le rapprochement de l'iris et de la cornée. Un couteau à cataracte, auquel l'aiguille sert de curseur, mise en jeu au moyen d'une virole, traverse en même temps l'iris et la cornée. La grandeur de la partie de l'iris que l'on enlève dépend de l'élévation de cette membrane au-dessus de la lance ; le lambeau enlevé reste fixé à l'instrument.

M. Stromeyer fit placer la malade sur une chaise, la paupière supérieure soulevée et maintenue par un aide. Il abaissa la paupière inférieure au moyen de la main gauche ; et il saisit, avec la droite, le corectome de manière que le pouce reposait sur la virole, tandisque l'indicateur longeait toute la face supérieure du manche et que le médius placé derrière dépassait légèrement la virole ; le tranchant du couteau dirigé en haut était tout-à-fait retiré. Il poussa alors la lance par la chambre antérieure de l'œil pour former à la cornée un lambeau supérieur au niveau du bord inférieur de la pupille ; l'incision devant se trouver près du bord de la cornée. Immédiatement après l'introduction de la lance, l'humeur aqueuse s'écoula complétement par la cannelure, et l'iris se mit en contact avec la cornée. Par une pression faite avec le pouce, il fit sortir le couteau à cataracte et termina de cette manière l'incision supérieure de la cornée et l'excision d'un lambeau semi-lunaire de l'iris. Le lambeau coupé adhérait fortement à l'instrument. L'hémorrhagie de l'iris ayant cessé, M. Stromeyer rouvrit l'œil, pour voir si la lentille s'avançait ; mais, comme elle n'avait pas changé de place, il fit avec une aiguille droite à cataracte, une incision perpendiculaire dans la capsule : le cristallin qui était très-gros sortit facilement, sans qu'il fût nécessaire d'exercer de la pression sur le globe de l'œil. Les yeux furent fermés au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Traitement antiphlogistique.

Un mois plus tard, la vue était aussi bonne qu'après une extraction bien réussie ; la nouvelle pupille était presque complétement ronde.

M. Leroy d'Etiolles a adressé à l'Académie des sciences de Paris la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie un instrument destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle plus régulièrement et plus sûrement, je crois, que l'on ne peut le faire avec les moyens actuellement mis en usage. Dans les procédés généralement usités, l'on fait une incision à la cornée; par cette ouverture on introduit de petites pinces qui vont saisir l'iris, en amènent au-dehors une portion que l'on resèque avec des ciseaux. Cette manœuvre a le double inconvénient de faire une pupille très-régulière (*irrégulière ?*) et d'exposer à décoller le pourtour de cette membrane, d'où résulte un trouble dans la vision et parfois la perte totale de la vue. Jusqu'ici on n'était pas parvenu à faire à l'iris une ouverture régulière avec perte de substance (condition essentielle pour le succès de l'opération) en agissant dans la chambre antérieure. L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie remplit ces deux conditions et j'apprends qu'il a été appliqué avec succès en Allemagne par plusieurs chirurgiens au nombre desquels on m'a cité M. Fellasich. (??) » (*Gaz. méd. de Paris*, p. 699, année 1842).

L'instrument de M. Leroy d'Etiolles est construit sur le modèle du *tonsillitome* de Fahnestock, représenté planche XII des *Nouveaux éléments de médecine opératoire* de M. Velpeau. La pique se trouve remplacée par un crochet, qui est destiné à soulever l'iris et à le placer entre les anneaux de la guillotine dont le jeu enlève le lambeau. L'iridectôme de M. Leroy a été habilement exécuté par M. Luer, fabricant d'instruments de chirurgie de Paris. C'est un instrument fort compliqué, excessivement difficile à manier.

Sur dix-sept opérations de pupille artificielle,

M. Lerche (*loc. citat.*) a employé quinze fois l'iridectomie et deux fois l'iridodyalise. Dans onze cas, il a obtenu un succès complet ; trois malades pouvaient discerner les gros objets; chez trois autres, il y a eu insuccès.

Kératoplastie.— Un mémoire adressé à l'Académie des sciences de Paris (séance du 12 déc. 1842), par M. Feldmann, est terminé par les conclusions suivantes :

1° Une cornée, entièrement détachée de l'œil d'un animal et rejointe au moyen de sutures sur le même œil, se ressoude en contractant des adhérences nouvelles.

2° Le même effet a lieu à l'égard d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la transplantant sur le moignon d'un autre animal de même espèce.

3° Considérant les conditions anatomiques et physiologiques de la cornée, puis observant le travail, à l'aide duquel l'implantation et la transplantation s'établissent chez les animaux de même espèce ; jugeant enfin, d'après les succès, d'autres expérimentateurs, aux expériences de l'un desquels nous avons assisté, nous croyons pouvoir constater que la transplantation de la cornée est un fait définitif, même chez les animaux d'espèces différentes. L'insuccès de quelques-unes de nos expériences ne doit pas être attribué à la chose elle-même, mais bien à des circonstances accidentelles. Dans une expérience, le cristallin et le corps vitré étant restés entièrement dans le globe de l'œil, nous imputerons à la plénitude de l'œil d'avoir causé l'inflammation exorbitante; par conséqnent, l'insuccès, Dans une autre opération, l'œil s'était déjà rétréci avant l'opération dans toutes ses parties par la chute

du cristallin à travers l'ouverture cornéale, faite au moyen de l'acide sulfurique, avait une tendance à se rétrécir et se contracter encore plus après l'opération de la transplantation, de telle façon que la cornée transplantée retomba sans pouvoir contracter de nouvelles adhérences.

4° Quant à la transparence de la cornée transplantée, nous l'avons obtenue partiellement. D'autres auteurs, plus heureux, sont parvenus à la rétablir entièrement. Quoique ce résultat puisse être regardé comme définitif, nous n'oserions pas encore le constater comme tel, après ce que nous avons pu observer.

5° Nonobstant l'emploi de la kératoplastie, déjà faite sur l'homme par M. Wutzer, de Bonn, et malgré le grand nombre d'expériences entreprises, il faudrait les répéter encore pour pouvoir bien constater toutes les conditions favorables au succès.

6° Un des points principaux, c'est qu'il est nécessaire d'extraire le cristallin pendant l'opération, s'il n'est pas sorti spontanément ; car le cristallin, restant dans l'œil, peut empêcher très-facilement la réunion organique en suraugmentant l'inflammation, ou, au cas où la réunion se serait effectuée, devenir cataracteux, et supprimer de nouveau la vue qui vient d'être recouvrée.

7° Pour la répétition des expériences, on ferait bien d'opérer suivant les diverses méthodes qui ont été inventées depuis que la kératoplastie a pris naissance, savoir : la méthode de Reisinger, celle de de Walther, celle de Dieffenbach, celle de Munck, etc.

8° Pour ce qui concerne les sutures, en général, on les appliquera au moyen des ligatures de fil ou de cheveu, et pour pouvoir bien fixer les points sur lesquels les sutures seront placées, on se servira ou

de pinces, ou, comme l'a fait M. Munck, d'un morceau de gomme élastique, comme point d'appui. Quant aux aiguilles, on peut se servir d'aiguilles très-fines et droites, ou d'aiguilles un peu recourbées, dont le trou est près de la pointe.

18. *Cataracte.—a). Nature et siége.* Les *Annales d'Oculistique* avaient mis au concours la question suivante : *Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique la nature et le siége de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.* Trois mémoires ont été reçus. Le prix a été décerné *ex aequo*, à MM. Stricker, de Francfort, et Hoering, de Heilbronn, en Wurtemberg ; une mention honorable a été accordée à M. Duval, d'Argentan, département de l'Orne, en France.

Le mémoire de M. Hoering a été inséré dans nos *Annales* (volume VIII) ; celui de M. Duval sera incessamment livré à l'impression. Ces deux travaux paraîtront en allemand, avec celui de M. Stricker, dans l'ouvrage que publie M. Cunier sous le titre de : *Sammlung gekroenter ophthalmologische Preisschriften*, 8°, Bruxelles et Leipzig, Ch. Muquardt.

Le concours ouvert sur cette question paraît avoir assez vivement indisposé M. Malgaigne contre M. Cunier. Dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* (15 novembre), il accuse son confrère belge « *d'avoir compté sur quarante cas, une vingtaine de cataractes capsulaires* » et d'avoir « *commis ainsi une vingtaine d'erreurs de diagnostic.* » M. Cunier a établi (*Annales d'Oculistique*, décembre) que jamais il n'avait publié que vingt fois sur quarante, il avait trouvé la capsule opaque, et il a pleinement justifié le diagnostic qu'il

avait porté dans les quelques cas où il a observé la cataracte capsulaire. Ces explications claires, précises, n'ont pas empêché M. Malgaigne de renouveler ses accusations dans un article, inséré, depuis, dans la *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1842, n° 7.

M. Sichel s'est livré à des recherches sur quelques espèces peu connues de la cataracte lenticulaire. Il a traité successivement de la cataracte lenticulaire déhiscente, observée sur le vivant; des caractères anatomiques de la déhiscence, observés surtout sur des cataractes artificielles; de l'explication de ce phénomène; du diagnostic différentiel de la cataracte lenticulaire déhiscente et de la cataracte capsulaire (*Ann. d'Oculistique*, décembre 1842). Il a ensuite établi les caractères anatomiques de la cataracte lenticulaire corticale antérieure ou postérieure, et traité de la marche de ces deux variétés et de la cataracte corticale en général, ainsi que des différences pathogéniques entre les cataractes lenticulaires corticale et capsulaire. Le diagnostic des cataractes lenticulaire et déhiscente l'a encore occupé, et il en a fait ressortir toute l'importance par la pratique (*Ibid.*, VIII, n°ˢ 4 et 5). La troisième partie de ce mémoire est impatiemment attendue; elle sera insérée dans la 6ᵉ liv. du 8ᵉ vol. des *Annales*.

M. Turner (*Edinburgh monthly Journal of medical Sciences*, avril 1842) décrit, sous le nom de *kyste de l'intérieur de l'œil*, un cas curieux de cataracte corticale ayant acquis un volume considérable. Voici comment s'exprime M. Turner :

Obs. — Le 7 novembre 1840, une femme âgée de 62 ans, me consulta pour une maladie de l'œil droit, qui datait depuis trois semaines. Il y a un an, cette femme avait éprouvé une inflammation assez forte de cet œil,

et elle l'avait combattue par les moyens ordinaires. Depuis cette époque, elle ne pouvait plus apercevoir les objets d'une petite dimension. L'on constate : douleurs vives dans l'œil malade et dans la tête ; elles deviennent plus intenses sous l'influence d'une vive lumière : cornée demi-opaque, injection de la conjonctive, et l'on aperçoit dans la chambre antérieure un corps blanchâtre qui paraît l'occuper tout entière ; langue blanchâtre, diminution de l'appétit, constipation, pouls à 70.

Prescription. Vésicatoires aux tempes, collyre, cathartiques à l'intérieur. Je prescris à mon tour huit sangsues derrière les oreilles, décoction de têtes de pavots, cataplasme de farine de graines de lin ; pendant la nuit, une pilule avec calomel, dix centigrammes, et opium, cinq centigrammes. Le lendemain, infusion de séné avec sulfate de magnésie.

Le 8. Les piqûres des sangsues ont saigné, les douleurs dans l'œil ont diminué, et l'état général est un peu plus satisfaisant. Outre les moyens employés, on administre quatre pilules bleues et une infusion de séné.

Le 10, l'épiphora et le gonflement de l'œil ont diminué ; cet organe est encore sensible à la lumière ; la langue est en bon état. Six sangsues au pourtour de l'œil, cataplasmes.

Le 13. Amélioration. Le gonflement des paupières et l'injection de la conjonctive sont moins prononcés. L'opacité de la cornée a diminué. On peut remarquer dans la chambre antérieure une espèce de sac demi-transparent, membraneux, et faisant saillie par l'ouverture de la pupille dans la chambre antérieure qu'il remplit presque en totalité. L'iris paraît étrangler cette poche, et lorsque cet anneau se contracte, le sac paraît se distendre. Une portion est d'une couleur blanc-bleuâtre, tandis

que la partie la plus inférieure est jaunâtre, plus dense, et paraît remplie par un liquide lactescent. L'iris est d'une couleur grisâtre. Je pensai que le corps étranger que nous observions était la cause de la maladie, je conseillai en conséquence l'extraction; la malade s'y refusant, je fis continuer les moyens palliatifs.

Le 21, cette femme revint et réclama l'opération; je me mis en devoir de la pratiquer de la manière suivante: Une aiguille de Scarpa fut introduite dans la chambre antérieure en pénétrant au-dessous du diamètre transversal au côté externe de la cornée, à une ligne environ de l'insertion de cette membrane à la sclérotique. La convexité de l'instrument était tournée vers l'iris, afin de ménager cette membrane, et je perçai le sac à son côté externe. La résistance fut assez grande, mais cependant, dès que j'eus réussi, j'exécutai des mouvements avec l'aiguille pour diviser les parois du sac. Quand celui-ci fut divisé, il s'affaissa, et le liquide qu'il contenait se répandit dans la chambre antérieure. Bien que j'eusse pris de grandes précautions, l'iris fut blessé. Pansement simple au moyen d'un bandeau, cataplasme, frictions belladonées et application de compresses imbibées de sulfate de zinc dissous. Au bout de huit jours, l'œil était dans un état plus satisfaisant, la cornée était redevenue transparente, l'iris se contractait et se dilatait très-bien; l'ouverture de la pupille, saine dans un point, était remplie en bas par un petit corps blanchâtre que nous pensâmes être formé par les parois du kyste rétractées.

M. Martin rend compte dans les termes suivants d'une formation subite de la cataracte observée par lui:

Obs. — Mary Grand, âgée de 35 ans, femme d'une constitution débilitée, avait passé plusieurs nuits auprès

de sa mère infirme, criant et se désolant, lorsqu'enfin, vaincue par la fatigue, elle s'endormit au coin du feu. Lorsqu'elle se réveilla, au bout de quatre à cinq heures, elle reconnut qu'il ne lui était plus possible de distinguer les objets; seulement, lorsqu'il fit grand jour, elle parvint à voir le contour du volet de la croisée. Lorsqu'elle appela M. Martin, trois ou quatre jours après, celui-ci reconnut avec surprise que les deux cristallins étaient demi-opaques et étoilés au centre, comme s'ils avaient été dissous par la macération. La malade se plaignait de céphalalgie frontale, de douleurs dans les mâchoires et les épaules, le pouls était à 80, la langue blanche, le ventre resserré. Un traitement composé d'amers, de pilules bleues et de vésicatoires aux tempes, dissipa ces symptômes : mais l'opacité des cristallins ne fit au contraire qu'augmenter; et aujourd'hui la malade ne peut plus distinguer les objets extérieurs, quoique la rétine soit parfaitement sensible à l'impression de la lumière.

On ne peut pas, ajoute M. Martin, dire que la vue était déjà altérée depuis quelque temps ; car, le matin même du jour où la cécité commença chez cette femme, je l'avais vue s'occuper des soins du ménage sans accuser aucun trouble dans la vision.

La *Gazette médicale de Paris*, qui reproduit ce récit d'après un journal anglais, le fait suivre de ces réflexions :

« On avait déjà vu la cataracte se développer en quelques jours et même en vingt quatre heures (*Voy.* M. Maunoir, *thèse*, 1833, pag. 27); mais une opacité aussi prononcée frappant les deux cristallins dans l'espace de quatre à cinq heures ! voilà assurément un des cas les plus surprenants à enregistrer dans les annales de l'ophthalmologie; car les exemples d'opacification instantanée n'ont guère

été observés qu'à la suite de violences traumatiques. Remarquons cependant que beaucoup de circonstances pourraient être invoquées ici pour rendre raison de cette anomalie. La cataracte n'est très-souvent qu'un effet de l'exercice trop actif de l'organe de la vision. Or, si nous considérons la constitution affaiblie de notre malade, l'application de la vue sans discontinuité pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, la congestion entretenue dans le système vasculaire de l'orbite, par l'action de pleurer, tout, jusqu'à l'exposition prolongée à la lumière d'un foyer, servira, sinon à expliquer le phénomène, du moins à le faire considérer comme un peu moins surprenant qu'il le paraît de prime-abord. Quoi qu'il en soit cependant, en raison des détails et des garanties dont M. Martin l'a entouré, c'est un des faits de ce genre les mieux constatés et les plus curieux que l'on connaisse. »

Il ne faut pas, selon nous, voir dans cette observation un cas de formation subite de la cataracte ; M. Martin dit que les deux cristallins étaient *étoilés au centre ;* il s'agit donc ici de cataractes dehiscentes, qui n'avaient apporté qu'une légère gêne dans l'exercice de la vision, et qui, tout à coup, sous l'influence d'une vive commotion morale, sont devenues complètes. Cette circonstance a été signalée par M. Sichel dans son *Mémoire sur quelques espèces peu connues de la cataracte lenticulaire*, publié dans les *Annales d'Oculistique*. Nous avons eu tout récemment occasion d'observer un cas analogue : la perte de la vision était survenue en vingt-quatre heures, du côté droit seulement, à la suite d'une émotion des plus tristes. Les deux yeux présentaient, depuis deux ans, une cataracte déhiscente très-avancée ; et néanmoins, la malade pouvait lire,

(ce qu'elle fait encore de l'œil gauche), comme s'il n'avait existé aucune altération des cristallins.

b.) *Résorption spontanée.* Les trois faits ci-après de résorption spontanée de cataractes congénitales ont été consignés par M. Holscher, dans les *Hannoversche Annalen* (loc. cit.); nous en devons l'analyse à M. le docteur Van Meerbeéck.

Obs. 1. — *Résorption spontanée de deux cataractes congénitales.* La fille d'un homme excessivement myope, actuellement âgée de dix ans, vint au monde, affectée de cataracte aux deux yeux. Vers la fin de la deuxième année de sa vie, il se manifesta un commencement de résorption à la circonférence des deux cataractes, qui, jusqu'à cette époque, étaient restées complètes, à peu près au même degré de chaque côté. Cette résorption fit des progrès constants, et la cataracte avait disparu au bout de la quatrième année. Quoique, après cette résorption, l'enfant pût reconnaître tous les objets, elle fut tout aussi myope que son père. Cependant ce défaut a diminué beaucoup par l'exercice. Sous le rapport héréditaire, la jeune fille dont nous parlons ici, tient du père, de même que sa sœur, morte il y a 4 ans et qui était aussi cataractée, tandis que le second et le quatrième enfants du même mariage, sont nés avec des yeux sains, comme la mère.

Obs. II. — *Résorption très-avancée de deux cataractes congénitales, survenue spontanément, et arrêtée par la mort. Autopsie.* La sœur de la jeune fille dont il est question dans l'observation précédente, vint aussi au monde avec deux cataractes, et ici, de même que chez la première, il se manifesta dans la seconde année de la vie une résorption progressive. L'enfant mourut dans sa troisième année, à la suite d'hydrocéphale. L'autop-

sie démontra que la résorption dans les deux yeux était tellement avancée, qu'il ne restait plus que de faibles restes des lentilles et de leurs capsules, comme le fait voir clairement une planche jointe au mémoire.

Obs. III. — *Cas très-analogue au premier, de résorption très-avancée de deux cataractes congénitales.* On amena chez M. Holscher une jeune fille de 8 ans, affectée de deux cataractes, pour lui faire subir l'opération. Un examen attentif montra que la résorption était déjà très-avancée; la faculté visuelle de la patiente avait beaucoup gagné depuis deux années. On ne pratiqua donc pas l'opération. Pour le reste, cette enfant était beaucoup moins myope que les deux précédentes, ce que M. Holscher attribue en partie à son séjour à la campagne et à l'habitude de l'exercice sur des objets placés à une plus grande distance, en partie au manque total d'une myopie héréditaire, et en partie enfin, à la possibilité, que la cavité hyaloïdienne, dans laquelle repose le système cristallin, s'était comblée par une élévation progressive du corps vitré, à la suite de la résorption presque complète des deux cristallins. Cette dernière circonstance s'observe, dit M. Holscher, surtout chez les jeunes sujets, toutes les fois qu'arrive la disparition des cristallins, qu'elle soit accidentelle ou provoquée par l'art. Il en résulte clairement, suivant lui, qu'il n'est pas nécessaire de se servir de lunettes à cataractes, après chaque opération, et, qu'au moins, il convient de s'enquérir chaque fois si les opérés ne peuvent pas s'en passer tout à fait. Un postillon se servit de lunettes après avoir subi heureusement l'opération de la cataracte, mais voyant que les voyageurs ne voulaient pas se confier à un postillon en lunettes, il les mit de côté. Il en ressentit d'abord de la gêne, mais bientôt il s'y habitua, et sa vue s'exerça à merveille.

Nous reproduisons un autre fait de résorption du cristallin, à la suite d'une chute sur la tête; il a été consigné par M. Le Calvé dans la *Gazette médicale de Montpellier* (11 juin 1842).

Obs. « M. D., riche propriétaire, habitant une campagne aux environs d'Aix, en Provence, a toujours joui d'une excellente santé. Il est âgé de 51 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution.

« Dans les premiers jours du mois de janvier 1841, il revenait d'Aix, dans son cabriolet, lorsqu'arrivé à une lieue de sa campagne, son cheval, effrayé, ayant pris le mors aux dents, M. D.... s'élança de sa voiture et tomba sur la partie antérieure et droite de la tête. La chute qu'il fit fut si forte, qu'il resta quelques minutes sans connaissance et sans pouvoir se relever. Lorsqu'il revint à lui, il ressentit une douleur vive et lancinante à la partie droite du front, immédiatement au-dessus de l'orbite.

« En arrivant chez lui, M. D.... se mit au lit et fit appeler un médecin qui pratiqua une large saignée du bras, ordonna des sinapismes aux pieds, une potion calmante et des lotions résolutives sur la partie douloureuse de la tête qui était le siége d'une forte contusion. Le malade ne put dormir pendant toute la nuit, et, le lendemain, l'œil droit était très-enflammé, ne pouvant supporter la lumière, et la vue tout à fait nulle.

« On prescrivit l'application de 30 sangsues autour de l'orbite, et des lotions émollientes sur l'œil droit. L'inflammation de cet œil persista pendant plusieurs mois, malgré les moyens énergiques que l'on employa, tels que le vésicatoire, séton à la nuque, etc., et ce ne fut que dans le mois d'avril qu'elle céda entièrement; mais la vue n'étant pas revenue, et celle de l'œil gauche s'affaiblissant aussi, M. D.... se rendit à Marseille et réu-

nit en consultation les praticiens les plus distingués de cette ville. Ils crurent reconnaître une amaurose traumatique de l'œil droit et une amblyopie consécutive de l'œil gauche. En conséquence, ils prescrivirent quelques applications de sangsues et quelques purgatifs salins; plus tard des vésicatoires volants sur le front, un séton à la nuque, etc.,

« M. D.... fut soumis à ce traitement pendant deux mois, sans amélioration aucune pour l'œil droit, et la vue de l'œil gauche diminuait toujours. Le malade vint alors à Montpellier, où il consulta plusieurs des célébrités médicales et chirurgicales. Les avis furent partagés : les uns crurent à l'existence d'une amaurose; les autres crurent reconnaître une cataracte commençante, avec complication d'amaurose. Le premier avis l'emporta, et le malade fut de nouveau soumis à un traitement révulsif très-énergique dont il ne retira aucun bénéfice. Enfin, on finit par lui persuader qu'il avait une cataracte commençante; qu'il fallait attendre qu'elle fût complète et qu'à cette époque, on aurait recours à l'opération de la cataracte. M. D.... se disposait à partir pour retourner chez lui, lorsqu'on lui conseilla de venir me consulter. Voici ce que j'observai : les paupières sont dans l'état normal, les yeux sont proéminents et de couleur foncée; il n'existe aucune injection ni de la conjonctive, ni de la sclérotique; au toucher, l'œil droit me semble un peu moins dur et moins résistant que l'œil gauche : les deux pupilles sont mobiles : la droite est plus dilatée et un peu moins mobile que la gauche; le fond des yeux ne présente rien d'anormal, au premier aspect, à l'œil nu. Une bougie présentée en face des pupilles donne trois images pour l'œil gauche, et deux pour le droit, une antérieure droite, l'autre renversée et située plus profondément. Ayant ensuite examiné à la

loupe l'œil droit, je vis flotter dans la chambre postérieure quelque chose qui ressemblait beaucoup aux débris de la capsule antérieure : un examen plus attentif me confirma dans cette opinion. Me rappelant alors la chute que M. D.... fit quelques mois auparavant, je fus convaincu que la forte commotion qu'il en éprouva avait déterminé la rupture de la capsule antérieure ; que le cristallin s'était abaissé dans le fond de l'œil où il avait sans doute été résorbé. A l'instant, je fis une expérience qui confirma le diagnostic que je venais de porter.

« Ayant appliqué au-devant de l'œil droit une lentille bi-convexe, M. D.., qui ne pouvait distinguer qu'à peine de cet œil les plus gros objets, fut très-surpris de reconnaître tous les objets de petite dimension que je lui présentai. Il lut avec facilité les plus petits caractères. M. D... fut tellement enchanté qu'il voulut absolument garder la lunette qui lui avait rendu la vue d'une manière aussi inespérée qu'inattendue pour lui.

« Il restait à faire disparaître l'amblyopie de l'œil gauche, qui était congestive. Quelques applications de sangsues, des purgatifs, des boissons tempérantes et un régime hygiénique convenable, suffirent pour obtenir une guérison parfaite.

« M. D... quitta Montpellier, la vue de l'œil gauche parfaitement rétablie et voyant très-bien de l'œil droit avec une lentille bi-convexe. »

Ce fait est à ajouter à ceux de même nature rassemblés par M. Cunier dans son Mémoire sur le déplacement spontané du cristallin (*Annales d'Oculistique*, I, p. 141 et 289). Les erreurs de diagnostic sont alors très-fréquentes ; M. Cunier a insisté sur les moyens de les éviter.

c.) Avantages et désavantages de l'opération de la cataracte faite quand un seul œil est affecté.

— Cette analyse d'un mémoire de M. Brett, inséré dans la *Medico-chirurgical Review*, octobre 1841. est extraite de la *Gazette médicale de Paris*, 15 janvier 1842 :

« Ceci est une discussion purement théorique : mais la question qui en fait le sujet a été si souvent et si infructueusement controversée, qu'il ne sera pas inutile de reproduire ici les arguments que l'auteur a fait valoir pour et contre l'opération pratiquée dans ces circonstances.

« *Première considération contre l'opération* : Un seul œil pouvant suffire pour les besoins de la vie, pourquoi exposer le malade aux douleurs et aux dangers d'une opération ?

« *Réponse* : 1° Quand un œil est affecté de cataracte, l'autre œil deviendra presque nécessairement opaque, il faut donc rendre la lumière à celui qui est le plus malade avant que l'autre se prenne ; 2° plusieurs personnes ont un œil fort et un faible, et c'est ordinairement le premier qui est d'abord cataracté ; 3° le champ de la vision est beaucoup moins étendu avec un œil qu'avec deux.

« *Seconde considération* : Lorsque l'un des yeux n'a plus de cristallin, son pouvoir réfringent diffère de celui de l'autre et il en résulte souvent beaucoup de confusion dans la vue.

« *Réponse* : 1° Cette confusion ne s'observe pas toujours, ni même généralement après l'opération ; 2° en supposant que cet inconvénient arrivât plus souvent, les arguments compris dans la réponse ci-dessus trouveraient encore ici leur application ; 3° le retard inutile que cette temporisation imposerait au malade doit aussi entrer en ligne de compte, surtout si l'on considère que le délai, dans ces cas, peut se prolonger de quelques

mois à plusieurs années; 4° l'œil cataracté, qui dans le principe offrait toutes chances de succès pour l'opération peut devenir inopérable, soit par accident, soit par phlegmasie aiguë ou chronique, adhérence de l'iris, etc., soit par amaurose. L'humeur vitrée peut aussi à la longue être absorbée.

« *Troisième considération :* Jamais un œil opéré, même avec tout le succès possible, ne recouvrera une vue aussi parfaite que celle d'un œil sain.

« *Réponse :* L'emploi de lunettes appropriées diminuera cette imperfection. D'ailleurs, il ne s'agit point de décider jusqu'à quel point l'opération peut rétablir la vision ; la question est de savoir si l'on veut que le malade voie ou qu'il devienne aveugle, puisqu'on sait qu'un œil trop longtemps privé de lumière finit par perdre la faculté visuelle.

« *Quatrième considération :* Quand il n'y a qu'un œil d'affecté, l'opération n'a pas un résultat aussi brillant et le malade en est rarement satisfait.

« *Réponse :* Cette dernière considération ne peut l'emporter sur tous les arguments qui plaident en faveur de l'opération.

« On pourrait encore trouver quelques raisons, qui, bien que n'ayant pas une application générale, ajouteraient un nouveau poids à celles qui précèdent. Ainsi, dans le cas où le malade serait myope, il verrait mieux après l'opération qu'avant. Beer, et d'autres ophthalmologistes avec lui, pensent qu'en rendant la vue à un œil cataracté, il est possible de prévenir dans l'autre le développement de la même affection. Mais, ajoute l'auteur, cette supposition, entièrement contraire à l'expérience générale, n'a encore été appuyée par aucun fait probant.

« Enfin le malade est quelquefois un jeune homme,

un militaire, etc. Cependant, dit encore M. Brett, ce serait là un des moindres motifs qui pourraient m'engager à opérer.

« L'auteur s'étant borné à un parallèle, sans tirer de conclusions, nous allons essayer d'établir celles qui nous semblent découler de ce rapprochement entre les motifs pour et contre l'opération faite quand un seul œil est affecté. La question n'est pas facile à vider, nous le savons, et ce n'est pas lorsque S. Cooper, MM. Jules Cloquet, A. Bérard, etc., ont hésité à se prononcer que nous pouvons avoir la prétention de dire le dernier mot sur un point aussi controversé. Voyons cependant s'il n'y aurait pas moyen de mettre d'accord les temporiseurs et les partisans de l'opération, en envisageant le sujet sous une face différente. Tout le monde convient que, parmi une foule de considérations insignifiantes (1), il en est deux de la plus haute portée, l'une contre, l'autre pour l'opération : 1° si vous agissez sur l'œil malade, l'œil sain sera exposé à une inflammation plus ou moins grave, due à une sorte de sympathie entre les deux organes, et pouvant amener la fonte de celui auquel on n'a pas touché : 2° mais, d'autre part, en abandonnant à lui-même un œil cataracté, vous avez à craindre qu'il ne soit tôt ou tard frappé d'amaurose. Ainsi, que vous opé-

---

(1) Que dire, par exemple, de ceux qui veulent qu'on attende pour opérer, que la cécité soit devenue complète, parce que, dans cet état, le malade *sentira mieux le bienfait de l'opération*. Nous comprenons toute la force que doit avoir un pareil argument aux yeux des chirurgiens qui tiennent, avant tout, *à la reconnaissance* de leurs clients ; mais, ce qui doit surpendre, c'est qu'on ait pu la présenter comme une source d'indications, dans quelques livres classiques.

riez ou que vous n'opériez pas, le résultat est le même: *vous compromettez un œil*. Ce sont là deux objections capitales, celles entre lesquelles la discussion doit se renfermer désormais pour tout homme éclairé et de bonne foi.

«Remarquons néanmoins immédiatement que si, dans l'un et l'autre cas, les accidents à craindre sont de même nature, les chances de les voir survenir sont loin d'être également nombreuses. L'inflammation, en effet, ne se communique que bien rarement de l'œil opéré à l'œil sain ; c'est là un fait exceptionnel, et dont on ne connaît que fort peu d'exemples. Puis, en supposant que cet accident arrive, n'est-il pas possible, n'est-il pas probable que la désorganisation de l'œil n'en sera point la suite? L'art ne possède-t-il donc pas de moyens propres à arrêter une inflammation dont on a ainsi pu suivre l'origine et entraver la marche dès son début? Mais que les conditions vont se montrer différentes, si nous calculons les chances fâcheuses qu'amène l'expectation! La diminution de sensibilité de la rétine n'est pas un phénomène exceptionnel : c'est l'effet naturel et presque constant de toute cataracte arrivée à un certain degré d'ancienneté, et l'on sait assez qu'il n'est pas plus facile d'arrêter l'amaurose que de la faire disparaître une fois qu'elle est confirmée. Ainsi donc, et comme nous l'annoncions d'abord, qu'on opère ou qu'on attende, la conséquence possible est la même: *la perte de l'œil*. Mais la différence de résultat est au contraire immense, si, au lieu de songer aux éventualités, on vient à interroger les faits; car, tandis que l'opération expose une fois sur cent peut-être à un événement tout-à-fait fortuit, et dont il est possible en général d'atténuer la gravité, l'expectation portée à un certain degré l'amène, elle, presque nécessairement, et sans qu'on ait de moyen pour

le prévenir, non-plus que pour en neutraliser les suites.

« La balance ainsi faite entre les deux partis, on pressent la conclusion vers laquelle nous inclinons. Opérez dans tous les cas, dirions-nous avec confiance, s'il fallait nous prononcer ici par oui ou par non, sans restriction ni réserves. Mais, heureusement, rien ne nous force à une décision absolue : la science n'a nul besoin de ces préceptes inflexibles ; la pratique les repousse, et le présent sujet même les comporterait moins que tout autre. Or, on va voir, comme, à ce point de vue, les explications qui précèdent facilitent la solution et permettent de concilier les doctrines les plus opposées. Le parti de l'opération a ses dangers, avons-nous dit ; on ne peut le nier, et le seul motif qui puisse porter à l'entreprendre est la crainte que l'œil ne devienne plus tard amaurotique. La conséquence est bien simple, et peut s'exprimer en deux mots : *N'opérez un œil qui est seul affecté de cataracte que lorsque vous aurez des raisons suffisantes pour penser qu'il court risque de devenir prochainement amaurotique.* Cette espèce de diagnostic ne sera pas difficile; en voici les principaux éléments. L'œil cataracté a-t-il encore sa pupille mobile ? vous pouvez attendre. Vous le pourriez encore dans le cas où tout semblerait annoncer que l'autre œil ne tardera pas à devenir opaque à son tour ; ce qui est surtout probable quand on a affaire à une cataracte sénile. Mais les mouvements de l'iris offrent-ils, au contraire, une certaine lenteur dans l'œil cataracté ? la sensation de la lumière est-elle plus faible que ne semble le comporter le degré d'opacité existant ? Si d'ailleurs la cataracte est déjà ancienne d'un côté, sans que l'autre œil commence à se prendre ; si surtout il s'agit d'une cataracte traumatique ou développée chez un jeune sujet, dans des conditions telles, en un mot, que la lésion n'a aucune

tendance à envahir les deux yeux, l'opération est de rigueur, si vous ne voulez, par un délai injustifiable, vous exposer à la voir, plus tard, rester insuffisante contre les complications auxquelles vous aurez laissé le temps de se développer.

« Cette règle, qui range dans la classe des cas à opérer de bonne heure les cataractes existant d'un seul côté sur les malades peu avancés en âge, satisfait ainsi chez eux à une double indication : celle de prévenir l'amaurose et celle de guérir la difformité. Si cette dernière considération ne doit, en général, avoir, aux yeux du chirurgien, qu'une importance secondaire, comme le dit avec raison M. Brett, on ne peut nier cependant qu'elle n'acquière beaucoup de force pour certains individus jeunes encore, et soumis à toutes les exigences de la vie sociale. »

L'indication d'opérer la cataracte, lorsqu'elle reste bornée à un seul œil, a fait le sujet d'un travail présenté par M. Henrotay à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et imprimé par décision de cette compagnie dans le *Bulletin médical belge*, 1839, pag. 223. L'auteur, après avoir montré le peu de fondement des inconvénients que l'on a reprochés à l'opération, a cherché à en établir les avantages, qu'il a rangés sous les cinq chefs suivants :

1° On voit mieux avec deux yeux, même d'inégale force, qu'avec un seul.

2° On remédie à une difformité.

3° Le malade n'est pas exposé à devenir complétement aveugle, si l'œil demeuré sain se cataracte plus tard.

4° L'opération de la cataracte sur un œil n'est pas sans influence pour empêcher son développe-

ment dans l'autre œil, ou même pour guérir celui-ci, lorsque déjà il a commencé à se cataracter.

5° En retardant l'opération, on peut perdre le moment favorable d'opérer.

d.) *Abaissement.*—M. le docteur A. Cade a publié (*Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, juin, pag. 100) un long mémoire sur les résultats des opérations de cataracte qu'il a pratiquées. Ce travail contient des observations intéressantes. Nous signalerons plus particulièrement celle d'une double cataracte lenticulaire suivie, huit jours après l'abaissement, d'une cataracte pseudo-membraneuse secondaire, qui s'est dissipée sous l'influence d'un abondant ptyalisme mercuriel. M. Cade indique, comme corollaire de ses opérations, « que le meilleur moyen de prévenir la formation d'une cataracte capsulaire secondaire, c'est de ne faire cesser à l'aiguille ses mouvements destructeurs et dépresseurs, et de ne la retirer de la chambre postérieure que lorsqu'on aura obtenu dans la pupille cette diaphanéité parfaite, ce beau noir velouté, seuls indices de l'immersion complète de la capsule. »

Le fait suivant s'est présenté à la clinique de M. Lisfranc chez un vieillard qui, l'an dernier, avait été opéré de la cataracte par ce chirurgien :

« L'opération fut faite par abaissement ; mais le cristallin, bien que convenablement déplacé, ne fut point absorbé. Au bout de trois mois, il remonta, fut abaissé de nouveau, et enfin il s'est montré encore, il y a quelque temps, bien qu'altéré dans sa forme. On a attendu pendant quelques semaines pour s'assurer s'il ne finirait pas par disparaître en entier. Effectivement, on a bientôt reconnu que l'absorption

s'effectuait, mais très-lentement et d'une manière presque insensible ; alors, en examinant l'œil, on reconnut qu'il existait une amaurose : on la combattit par des applications de pommade ammoniacale de Gondret sur le sommet de la tête. M. Lisfranc constata, au bout de quelques jours, un fait bien remarquable, c'est que l'absorption du cristallin, qui était à peine sensible avant l'application de la pommade, s'opéra avec une promptitude extraordinaire, dès qu'on eut recours à ce moyen de révulsion. Il était donc bien raisonnable d'en attribuer la cause à la pommade de Gondret, d'autant plus qu'il est bien certain que des cataractes commençantes ont été arrêtées par ce moyen (!!). Or, si cette pommade agit sur le cristallin, quand il est encore en place, ne doit-on pas être porté à espérer que son action sera bien plus sensible encore lorsque le cristallin aura été abaissé » (*Journal de médecine et de chirurgie prat.*, nº 2).

e.) *Hyalonyxie.* — Ce procédé est donné comme nouveau par M. John Morgan (*Guy's Hopital Rep.*, octobre 1842), qui dit le tenir de son ami, M. Egeston, médecin de l'Institut ophthalmique de Calcutta. M. Morgan a pratiqué trente fois l'hyalonyxie ; toujours il a obtenu les meilleurs résultats.

f.) *Extraction.* — On ne possède sur les causes qui font échouer l'extraction et sur les moyens de les prévenir, qu'un seul ouvrage, le livre si justement estimé de M. Carron du Villards. Un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique*, M. le professeur J.-P. Maunoir, de Genève, s'est occupé de recherches sur le même sujet; la publication du travail de M. Carron du Villards « l'a fait hésiter « un moment s'il mettrait au jour ses idées; mais « après y avoir mûrement réfléchi, il a cru de-

« voir les faire connaître par la raison qu'il y a une « grande divergence d'opinions entre le docteur « Carron et lui sur des points extrêmement impor- « tants. »

Nous avons donné dans le 2e fascicule de notre 2e volume supplémentaire, le mémoire de M. Maunoir. Nos lecteurs nous sauront gré de leur apprendre que ce travail a été envoyé à la Société de médecine de Bordeaux, qui a cru devoir lui décerner une récompense inusitée.

Voici la lettre qui a été adressée à M. Maunoir à cette occasion, au nom de la compagnie, par le secrétaire-général, M. le docteur Burguet. (*Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, octobre) :

« Monsieur et illustre professeur,

« Après le mérite d'inventer une méthode opératoire, il n'en est pas, sans doute, de plus grand en chirurgie que de découvrir les causes du succès et des revers. C'est compléter l'œuvre du génie, et partager la reconnaissance que lui ont vouée la science et l'humanité. A cet égard, Monsieur, il vous en revient une part bien légitime pour vos nouvelles recherches sur l'opération de la cataracte *par extraction*. Vous n'avez pas seulement étudié les causes qui la font échouer, vous avez encore posé d'excellents préceptes pour la faire réussir. Comme le pilote habile, ce n'était pas assez pour vous de signaler l'écueil, vous avez voulu dire ce que l'étude et la réflexion vous ont appris pour savoir l'éviter.

« La Société de médecine a recueilli avec une religieuse confiance les enseignements de votre longue et laborieuse carrière. Elle place le mémoire que vous avez

soumis à son jugement au rang des livres les plus utiles que possède la chirurgie pratique; car il se recommande par des qualités qui manquent malheureusement trop souvent aux productions de notre époque; il réunit à une sage et savante observation, la maturité qui devance la sanction du temps et de l'expérience. Vous désiriez, Monsieur et vénérable confrère, l'approbation de la Société de médecine; elle vous la donne pleine et entière. Et si elle se rappelle le plaisir qu'elle eut autrefois de vous couronner dans un concours qu'elle avait ouvert sur le fongus hématode, elle n'est pas moins heureuse aujourd'hui, en vous décernant une médaille d'honneur, de vous témoigner la haute estime qu'elle professe pour tous les services que vous avez rendus à l'art de guérir. Le monde médical applaudira, elle en est certaine, à cette rémunération d'une vie consacrée aux efforts les plus honorables de l'esprit humain. »

M. le docteur Pétrequin, qui opère de préférence par kératotomie oblique, a fait ressortir (*Annales d'Oculistique*, février, mars et avril 1842) les avantages que l'on retire dans l'extraction, en fixant l'œil comme dans la strabotomie. M. Bonnet (*Ibid.*, mars) suit la même conduite.

Un nouveau procédé par l'extraction a été décrit par M. Van der Porten, dans sa dissertation inaugurale, défendue à Halle; nous en parlerons dans nos *Annales*, dès que cette brochure sera en notre possession.

g.) ***Résumé statistique des observations de cataractes recueillies à la clinique de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant l'année*** 1841. — Nous reproduisons en entier le résumé publié par MM. Maunoury et Thore, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1842, n° 53 :

S'il est dans le cadre de la nosographie chirurgicale une maladie à laquelle la statistique soit facilement applicable, c'est sans contredit la cataracte. Les symptômes ne sont pas très-nombreux, ni difficiles à constater; son diagnostic est en général peu embarrassant; malgré toutes les variétés qu'on a admises, la cataracte lenticulaire est celle qui se présente presque constamment à l'observation. Il est peu d'opérations même sur lesquelles il y ait moins de divergence d'opinions; tout se réduit à deux méthodes principales: l'abaissement et l'extraction presque toujours pratiqués suivant les mêmes procédés. Toutes ces considérations nous ont engagés à appliquer la méthode numérique à l'étude de la cataracte, et nous l'avons employée pour faire le dépouillement de 29 observations rédigées pendant l'année 1841 avec tous les détails possibles, et pour en tirer tous les renseignements capables de fixer plusieurs points mal connus de son histoire, rectifier quelques erreurs et constater d'une manière précise des circonstances vaguement indiquées ou incomplétement observées. Ces faits n'auraient eu par eux-mêmes qu'un intérêt fort secondaire, et isolés ils seraient sans grande valeur; mais réunis en faisceau et comparés sous toutes leurs faces, ils permettent d'arriver à d'importants résultats.

§ 1. — *Causes*.

Elles sont peu connues; nous avons plutôt à étudier des prédispositions que de véritables causes efficientes.

Sur 67 individus qui étaient affectés de cataracte, on en trouve :

Age.	En 1841.	Age.	En 1840.
A 10 ans 1/2. . . .	1	De 15 à 20. .	1
De 21 à 30 ans. . .	2	. . . .	1
31 à 40.	2	. . . .	7
41 à 50.	3	. . . .	2
51 à 60.	6	. . . .	5
61 à 70.	9	. . . .	16
71 à 80.	5	. . . .	6
81 à 90.	1	. . . .	0
Total. . .	29	Total. . .	38

On voit que la cataracte, rare jusqu'à l'âge mûr, commence à devenir fréquente à partir de 50 ans jusqu'à 70. Est-ce à dire pour cela qu'elle soit plus commune à cette époque de la vie que dans un âge plus avancé ? Nullement. La population devenant à la période extrême de la vie très-peu considérable, il est tout naturel qu'à partir de 70 ans les cas diminuent, quoique en réalité le nombre soit proportionnellement peut-être plus grand qu'aux périodes qui précèdent.

Chez l'enfant, la cataracte est le plus ordinairement congénitale; celle que nous avons observée chez un sujet âgé de 10 ans et demi avait paru à l'âge de 8 ans, spontanément, et sans que la moindre cause l'ait produite; elle n'existait que d'un côté. Ce cas peu commun mérite d'être noté.

Chez deux individus, âgés l'un de 21 ans, l'autre de 23, la cataracte était membraneuse, et s'était montrée à la suite d'une violence exercée sur l'œil.

Ce n'est guère qu'à partir de 38 à 40 ans que la cataracte se développe spontanément et commence à devenir fréquente. Les exceptions à cette règle doivent être rares.

Sexe. Les deux sexes y sont également sujets, disent la plupart des auteurs. Cependant il est généralement admis qu'on l'observe plus souvent chez les hommes.

M. Fabini trouve que sur 500 cataractés il y a 268 hommes et 232 femmes; Dupuytren, sur 207, compte 135 hommes et 72 femmes. Sur 38 opérés dans le service de M. Roux, en 1840, on comptait un nombre égal d'hommes et de femmes. Cette année, sur 29, nous ne trouvons que 7 femmes.

Nous serions disposés à penser que la cataracte est plus fréquente chez le sexe masculin; mais s'il existe une différence, elle ne peut être aussi considérable que celle que nous venons d'indiquer, et qui s'explique parce que le nombre des lits destinés aux femmes est très-petit, tandis que le service des hommes est très-nombreux.

Professions. On est, malgré l'opinion de M. Maunoir, assez généralement d'accord pour admettre que l'action d'une vive lumière sur les yeux peut favoriser la formation de la cataracte, et que celle-ci se développe de préférence chez les individus qui sont soumis pendant longtemps à l'action de cette cause. Il en est de même des professions qui exigent un exercice exagéré de l'organe de la vue.

Sur 22 hommes, nous en voyons 3 qui se trouvent placés dans des conditions analogues, l'un étant maréchal-ferrant, l'autre émailleur, le 3e chauffeur; 5 étaient cultivateurs. Parmi les femmes, sur 7 il y a 5 femmes de la campagne exerçant la profession de vigneronne, tandis que deux autres s'occupaient de travaux qui fatiguent nécessairement la vue : l'une est couturière, l'autre ouvrière en dentelles.

Nous aurons à examiner plus tard si, parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil,

la couleur de l'iris n'aurait pas quelque influence sur le résultat de l'opération. Nous avons voulu connaître si ces différences de couleur étaient une prédisposition à la cataracte. Sur 28 individus chez lesquels la couleur de l'iris a été notée, elle était fauve 10 fois, brune 10 fois, grise 8. La couleur brune, variant depuis le fauve le plus clair jusqu'au brun le plus foncé, est la plus commune chez les individus cataractés, comme aussi sans doute c'est chez tous les individus en général. Nous devons faire remarquer que les amaurotiques ont plus souvent aussi l'iris brun ou orangé; ce qui tient à la même cause.

L'influence de l'hérédité a été bien constatée, et l'on cite à ce sujet plus d'un fait intéressant. M. Roux a opéré trois frères appartenant à une famille anglaise, dont le père avait été aussi affecté de cataracte, et dont le quatrième enfant fut atteint plus tard. Malgré les informations que nous avons prises et les questions que nous avons adressées à tous nos malades sur ce sujet, les réponses ont toujours été négatives. Ce qui ne nous paraît point cependant détruire un fait qui repose sur des observations dues à Maître-Jan, Janin, Adams, Beer, Demours, Gibson, Cloquet, Maunoir.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer en première ligne les plaies et les contusions du globe de l'œil. Un homme, âgé de 70 ans, faisait jouer une mine, par l'explosion de laquelle il est grièvement blessé; il perd la vue immédiatement après. Au bout de trois mois, il peut assez voir de l'œil gauche pour se conduire; mais, plus tard, la vue s'affaiblit de ce côté, et une cataracte se forme. L'un des deux jeunes gens dont nous avons déjà parlé avait reçu un coup de flèche dans l'œil. Il y

avait une cicatrice très-bien marquée de la cornée et de la sclérotique; un corps blanchâtre occupait presque tout le champ de la pupille; l'iris est à peine mobile. Un autre individu est violemment poussé contre un arbre; il se fait une plaie à petit lambeau à la partie inférieure et externe de la cornée : inflammation violente et formation d'une cataracte.

Une cause violente, quoiqu'elle n'attaque point directement l'œil, peut agir de la même manière quand elle atteint les parties voisines de la région frontale, etc. Un militaire est frappé dans un corps de garde sur le front et à la région temporale gauche par un pain très-lourd; l'œil a été tout à fait ménagé. Deux ou trois jours après, la vue du côté gauche s'affaiblit et s'éteint. Dans ce cas, comme dans le premier, la cataracte était cristalline (ils ont été opérés par extraction); dans les deux autres, elle était membraneuse.

Il ne nous reste plus que quelques mots à dire sur des causes dont la valeur est fort douteuse. L'un de nos malades attribuait la production de sa cataracte à ce qu'étant en Portugal, et par une température très-élevée, il s'était lavé les yeux avec de l'eau très-froide; un autre a remarqué que l'affaiblissement de la vue a été précédé de céphalalgie et d'étourdissements très-violents; un troisième a eu de fréquentes attaques de rhumatisme.

A l'exception d'une femme, qui avait une blépharite, due à l'absence complète de cils, nous n'avons jamais constaté de maladies de l'appareil de la vision, et les questions adressées à ce sujet aux individus sur leurs antécédents sont venues à l'appui de notre observation.

§ II. — *Marche.*

La cataracte se développe-t-elle plus souvent d'un côté que de l'autre? Sur 17 individus, 6 fois on l'observait à droite et 11 fois à gauche. Si l'on retranche trois faits de cataracte traumatique, il restera 5 fois à droite et 9 fois à gauche. On serait donc porté à penser que la cataracte se développe de préférence de ce côté ; il n'en est point cependant tout à fait ainsi. Pour contrôler ce premier résultat, il était nécessaire de noter si l'autre œil avait été cataracté, ou opéré auparavant. Nous trouvons que l'œil gauche n'avait été opéré qu'une fois avant le droit, tandis que ce dernier l'avait été quatre fois avant le gauche, ce qui ne laissait plus qu'une légère prédominance au côté gauche (5 fois) sur le droit (4 fois).

De plus, dans l'examen de 12 cas de cataractes doubles, nous trouvons que le début a eu lieu 8 fois à droite et 4 fois seulement à gauche, ce qui permettrait d'admettre, contrairement au premier résultat, que le début a plus souvent lieu à droite. Du reste, le nombre des observations n'étant pas très-considérable, nous n'oserions donner ce fait comme une loi ; qu'il nous suffise de l'avoir signalé.

Nous avons adressé à tous nos malades de nombreuses questions pour déterminer le temps nécessaire pour que l'opacité du cristallin soit complète, pour que la cataracte soit arrivée, comme on le dit vulgairement, à maturité. Quelquefois nous n'avons pu recueillir que des souvenirs confus, des données inexactes ; nous n'avons point tenu compte de ces faits ; d'autres fois il y a eu une absence totale de renseignements, à cause de l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence de certains indivi-

dus. Toujours nous nous sommes attachés à bien déterminer l'époque précise où la vue a commencé à s'affaiblir, et où l'individu a remarqué ce changement dans sa vision, ainsi que celle où la cécité a été complète. Nous avions d'abord fait une colonne distincte pour chaque œil, mais les résultats étant presque identiques, nous avons dû les réunir, pour simplifier autant que possible les tableaux. Nous n'avons pu recueillir des détails suffisants que pour 30 yeux. Dans deux cas de cataractes accidentelles, l'opacité du cristallin s'était montrée presque immédiatement après la cause qui l'avait produite. La cécité avait été complète :

Au bout de 10 mois.	dans	2 cas.
» d'un an.	»	10
» d'un an et demi. . .	»	3
» de deux ans	»	4
» de 2 ans et demi . .	»	5
» de 3 ans	»	2
» de 4 ans	»	1
» de 5 ans	»	1
Total. . .	»	28

Chez le plus grand nombre de nos malades, il n'a fallu qu'une année pour que le cristallin ait été atteint d'une complète opacité. Sur 30 individus, la moitié se trouve comprise dans l'intervalle de 10 mois à un an et demi, tandis que les 15 autres sont dispersés dans l'espace de 2 à 5 ans. On peut donc admettre qu'il ne faut en général pas beaucoup plus d'un an ou deux pour que la cataracte soit parvenue à maturité.

§ III. — *Symptômes.*

Les principaux symptômes de la cataracte ressortent de l'examen de l'œil et de la manière dont la vision s'exerce.

La vue, après avoir diminué d'une manière graduelle, finit par s'éteindre, mais cependant jamais aussi complétement que dans l'amaurose. Quand la circonférence du cristallin n'est point tout à fait opaque, les individus recherchent les endroits sombres, et l'obscurité favorisant la dilatation de la pupille, ils peuvent encore voir d'une manière imparfaite. Quatre individus pouvaient distinguer quelques objets le soir et le matin; ils étaient aveugles dans la journée. D'autres (4) pouvaient encore apercevoir assez distinctement l'ombre de leurs doigts placés devant leurs yeux. Enfin, dans un degré plus avancé, la plupart (20) ne distinguaient plus qu'une lumière vive, artificielle ou naturelle, et savaient quand ils étaient placés devant une fenêtre ou un endroit fortement éclairé.

Examen des yeux. Nous parlerons de la disposition des paupières et des yeux dans l'orbite, à propos des circonstances favorables ou non à l'opération, et nous ne nous arrêterons point ici sur ce sujet. 3 individus avaient un cercle sénile très-prononcé : la pupille était une fois seulement très-dilatée, elle était en même temps peu contractile; l'individu a été opéré et n'était point amaurotique : dans deux cas, elle était extrêmement resserrée ; le plus souvent (26), dans un état moyen de contraction et de dilatation. La contractilité était lente (4), ou très-rapide (8); elle se contractait avec une vitesse modérée.

Presque toutes les opérations ont été faites par

extraction : aussi avons-nous souvent pu constater l'état du cristallin et établir les rapports qui existent entre les caractères qu'il présente lorsqu'il est extrait et ceux qu'on observe lorsqu'il occupe sa place dans l'œil derrière l'iris.

Nous avons noté deux états très-distincts : 1° opacité d'un blanc-grisâtre, coupée en tous sens par des stries, des filaments d'un blanc beaucoup plus tranché que le fond (8), et, comme variété, opacité d'un blanc laiteux strié (5); 2° opacité d'un gris foncé uniforme, sans la moindre apparence de stries (3), et, comme variété, cataracte d'un blanc laiteux non strié (5).

Voici quel était l'aspect du cristallin extrait dans la première catégorie. Il était d'un jaune-bistre, dur, sec, et nullement entouré de liquide gélatiniforme; seulement, le noyau, toujours dur et compacte, était entouré d'une très-légère couche de ce liquide, quand la teinte du cristallin était plus blanche. Dans la deuxième catégorie, le cristallin était d'un jaune-fauve, sa consistance moins ferme à son centre, très-mou et entouré de matière visqueuse et demi-liquide dans une grande partie de sa périphérie ; il était complétement réduit en gelée, semblable à de l'empois cuit, dans la dernière série de cataractes (blanc laiteux non strié).

Ces résultats confirment assez bien tout ce qui a été observé jusqu'à présent; ils indiquent d'une manière plus précise la consistance de la cataracte d'après l'examen de l'œil. L'aspect strié paraît surtout indiquer que le cristallin est consistant et dur. Toutes ces variétés ont été observées chez des individus dont les cataractes étaient parvenues à maturité, et par conséquent ne préjugent rien, quant à l'état plus ou moins avancé de la maladie.

Trois ont dû être notés à part, parce qu'ils offraient une disposition moins commune. Chez un enfant de dix ans, on voyait dans l'ouverture pupillaire, sur un fond grisâtre et parfaitement uni, deux stries d'un blanc éclatant, représentant la lettre T. (Il a été opéré par abaissement.) Chez un autre, au milieu d'un cristallin grisâtre et non strié, il existait une tache d'un blanc mat, très-bien circonscrite, placée dans l'axe de l'œil et de la grosseur d'une tête d'épingle; le cristallin extrait était un peu mou, de couleur fauve, et la tache blanche avait la même apparence que dans l'œil.

Nous avons mis à part les deux observations relatives à des cataractes traumatiques. Chez tous les deux il existait une cicatrice de la cornée; la pupille était remplie par un corps très-mat, de forme irrégulière, uni, non strié, blanc, et très-voisin de la face postérieure de l'iris.

C'est ici le cas de parler de la proportion des cataractes capsulaires et cristallines. Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur ce sujet. M. Maunoir ne trouve que cinq cataractes capsulaires sur deux cent vingt et une, tandis que Dupuytren en compte deux sur cinq. Cette énorme différence ne peut s'expliquer qu'au moyen d'une erreur commise par les chirurgiens qui pratiquent l'abaissement. Cette méthode ne permet point de déterminer, d'une manière incontestable, la nature de la cataracte, et l'on ne peut s'autoriser d'expériences ainsi faites. Sur quarante et une opérations faites par l'extraction, c'était toujours le cristallin qui était opaque.

§ IV.— *Diagnostic*

Dans aucun cas, il n'a présenté de difficultés ni

d'incertitudes; aussi, n'avons-nous point à insister sur cette partie de notre travail. La distinction de la cataracte et de l'amaurose, dans tous les cas que nous avons observés, a toujours été facile à établir; nous nous contenterons de signaler une particularité remarquable dans l'espèce d'amaurose la plus grave, la moins curable; c'est une dureté très-considérable du globe de l'œil. Lorsque les doigts cherchent à la comprimer à travers les paupières, ils éprouvent une sensation analogue à celle de la pierre. Souvent M. Roux, à ce seul symptôme, établissait un diagnostic, que l'examen de l'œil et d'autres signes sont toujours venus confirmer.

Une maladie plus difficile à reconnaître, c'est la cataracte noire, mais elle est fort rare et les exemples se comptent. Peut-être nous saura-t-on gré de rappeler un fait analogue et plus curieux encore, observé par M. Roux; en voici le résumé.

Une jeune fille de vingt-six ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 avril 1838. Sa vue s'est affaiblie graduellement depuis huit ans; elle distingue la lumière des ténèbres, mais elle ne peut se conduire; elle distingue mieux à la lumière douce, qu'au jour éclatant et au soleil. La pupille est noire, avec léger reflet gris-verdâtre, et quelques stries d'une teinte plus claire, antérieures au reflet indiqué; l'iris gris est contractile, yeux saillants, un peu durs et volumineux. Par l'expérience de la bougie, l'image renversée manque; l'image droite, profonde, est pâle et élargie. Elle est opérée, par extraction, le 30 avril, de l'œil gauche, et le cristallin présente l'aspect suivant: Il est demi-transparent, il n'est pas totalement incolore, quoique moins jaune que les autres cristallins extraits le même jour; il laisse voir moins distinctement qu'eux les détails du tissu

du linge sur lequel il est placé. Sa face postérieure est bombée et présente une trentaine de stries, cannelures incolores, qui convergent vers un centre commun comme des rayons; la face antérieure n'est point cannelée; le centre est moins consistant que la périphérie; il se sépare en petits fragments, suivant la direction des stries. Sa vue est rétablie de ce côté. Le 21 mai, opération faite par extraction à l'œil droit; le cristallin offre la même disposition. Sa vue se rétablit de ce côté comme de l'autre. (Voir, pour plus de détails, *Observation* sur une espèce de cataracte encore inconnue dans la science, et qu'on avait prise pour une cataracte noire. — (*Revue médicale*, octob. 1838.

§ V. — *Pronostic.*

Avant de pratiquer l'opération, il convient de noter quelles sont les circonstances favorables ou défavorables dans lesquelles se trouve l'individu. Cet examen a une grande importance pour le pronostic. Sans parler des maladies de l'œil et de ses dépendances, qui sont des contre-indications formelles : atrophie, hydrophthalmie, amaurose, taches étendues de la cornée, inflammations chroniques et rebelles, etc., nous allons étudier de préférence les influences générales qui peuvent être favorables ou non à l'opération, et les dispositions particulières à l'œil ou à l'individu, etc.

Saisons. C'est surtout pour l'opération de la cataracte qu'on s'est préoccupé de l'époque de l'année la plus convenable. On est assez d'accord sur ce point, que la fin de l'automne et l'hiver sont deux temps de l'année peu propices, et qu'il vaut mieux

la pratiquer au printemps, dans l'été, et au commencement de l'automne. Nous devons ajouter que l'on doit presqu'autant éviter la saison très-chaude que l'hiver. D'ailleurs la température, élément principal dont il faut toujours tenir compte, est si variable dans notre climat, que l'on voit des opérations mieux réussir dans les mois de la saison chaude et froide, que dans ceux où la température n'est ordinairement ni trop basse, ni trop élevée.

Voici le résumé des opérations dans ces différents mois de l'année.

	Opérés.	Succès.	Insuccès.	Résultats douteux.
Février.....	1 ...	1 ...	0 ...	0
Mars........	1 ...	1 ...	0 ...	0
Avril........	7 ...	4 ...	3 ...	0
Mai..........	5 ...	2 ...	1 ...	2
Juin.........	6 ...	4 ...	1 ...	1
Juillet......	10 ...	4 ...	6 ...	0
Août........	2 ...	1 ...	0 ...	1
Septembre.	2 ...	1 ...	1 ...	0
Octobre....	3 ...	3 ...	0 ...	0
Novembre.	4 ...	2 ...	2 ...	0
	41	23	14	4

Il n'y a que les mois extrêmes de l'année qui ne figurent point dans ce tableau. En l'examinant, on peut remarquer que c'est surtout dans les mois du printemps et de l'automne que le nombre des succès est plus considérable. Les mois d'été comptent plus d'insuccès, puisqu'en juillet 6 yeux sur 10 n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération. C'est qu'en effet le mois de juillet a été très-défavorable; il n'y a point eu un seul jour de beau temps, et la température moyenne a été moins élevée que celle des

années précédentes, ses variations ont été assez brusques, ainsi que celles du baromètre ; le vent a toujours soufflé de l'ouest au nord-ouest. Tous les malades opérés en octobre ont recouvré la vue ; en novembre, les succès ont balancé les revers. Quoiqu'il ne soit point permis de tirer des conclusions rigoureuses de faits trop peu nombreux, on peut dire qu'ils confirment assez bien la règle déjà posée à cet égard ; mais il ne faut point oublier, qu'en admettant que l'on doit opérer de préférence au printemps et en automne, il convient toujours de tenir compte de la température, souvent très-variable. Ainsi, d'autres observateurs pourront-ils arriver à des résultats différents, suivant que tel ou tel mois a été plus chaud ou plus froid que l'autre.

Les autres circonstances se rattachent toutes à l'individu.

Age. On est assez naturellement porté à penser que l'âge avancé ne doit point être une condition favorable pour la réussite de l'opération, et qu'elle doit avoir d'autant plus de chances de succès que l'individu est plus jeune. Dans le tableau qui suit, on verra qu'en effet, jusqu'à l'âge de 50 ans, nous n'avons point eu à constater de fâcheux résultats. A partir de cette époque, les succès et les revers se compensent tellement, qu'il ne serait point juste d'admettre que l'âge avancé soit une condition aussi défavorable qu'on pourrait le croire. Nous trouvons que, dans la période décennale qui sépare 70 ans de 61, il y a 9 succès pour 6 insuccès. Un vieillard de 76 ans a été opéré des deux côtés sans que le moindre accident se soit manifesté ; le résultat a été très-satisfaisant. A la vérité, un autre de 85 ans a été moins heureux ; mais ses yeux étaient dans des dispositions telles, qu'on n'aurait pu concevoir un

espoir bien fondé, même chez un individu moins avancé en âge.

Nombres des individ.	Age.	Nomb. des yeux.	Succ.	Insucc.	Douteux.
1	10 ans 1/2	1	1	0	0
2	De 21 à 30	2	1	0	1
2	De 31 à 40	2	2	0	0
3	De 41 à 50	3	2	0	1
6	De 51 à 60	9	4	4	1
9	De 61 à 70	16	9	6	1
5	De 71 à 80	6	4	2	0
1	De 81 à 90	2	0	2	0
29		41	23	14	4

On voit cependant que, de 51 à 60, les succès ne s'observent que dans la moitié des cas ; ils sont plus nombreux dans la période suivante (9 succès sur 16 yeux opérés) ; qu'enfin, de 71 à 80, on réussit encore dans les deux tiers des cas.

Sexe. Il existe une trop grande différence dans le nombre des observations recueillies chez les hommes et les femmes, pour qu'il nous soit permis de décider si le sexe peut avoir de l'influence sur les résultats de l'opération. Elles nous ont paru être plus mal partagées que les hommes, car, sur 7 femmes, 2 ont complétement perdu la vue ; et sur 12 yeux, 6 étaient mauvais et 1 dans un état douteux. Ce résultat est en harmonie avec l'opinion générale. Cependant M. Pasquet (*Revue médicale*, 1838) a trouvé un nombre presque égal de succès dans les deux sexes.

Côté opéré. Un fait bien démontré pour nous, c'est que l'opération réussit plus souvent à gauche qu'à droite, et l'explication en est toute naturelle.

On sait que l'œil gauche doit être opéré de la main droite, et *vice-versâ*. C'est toujours de ce côté que M. Roux commence quand les deux yeux sont cataractés. Souvent le malade supporte bien la première opération, mais souvent aussi il se montre impatient et indocile à la seconde ; c'est là une cause de difficultés et partant d'insuccès. Enfin, quelle que soit l'habileté du chirurgien (et qui pourrait mettre en doute celle de M. Roux ?), il est rare que la main gauche jouisse de la même aisance, agisse avec la même précision que la droite, et achève toutes les manœuvres si délicates de l'extraction avec la même sûreté.

A gauche.	— Yeux	bons.....	15
	—	mauvais.	7
	—	douteux.	1
		Total...	23
A droite.	— Yeux	bons.....	8
	—	mauvais.	7
	—	douteux.	3
		Total...	18

On a établi que les succès étaient plus nombreux sur les individus opérés aux deux yeux que sur ceux qui n'ont subi l'opération que d'un œil, proportionnellement au nombre total des opérations faites dans chacun des deux cas. Notre observation serait directement contraire à cette assertion.

Sur 13 individus opérés d'un côté, 10 succès, 3 insuccès;	total :	13
Sur 24 individus opérés des 2 côtés à la fois, 13 succès, 11 insuccès;	total :	24
		37

Dans la première catégorie, insuccès dans moins du tiers des cas.

Dans la seconde, insuccès dans presque la moitié.

Nous n'avons point tenu compte des cas douteux.

État de l'œil. L'état des parties constituantes de l'œil, la position qu'il occupe dans l'orbite et la manière dont il est recouvert par les paupières, sont autant de points que nous devons examiner à part.

Le peu d'écartement des paupières laisse un champ moins libre à l'opérateur, l'œil étant recouvert dans une plus grande étendue; aussi peut-il en résulter de sérieuses difficultés, surtout lorsque l'on emploie l'extraction; dans ce cas l'abaissement est préférable. Deux malades offraient cette disposition au plus haut degré; les deux yeux ont été opérés; il y a eu deux succès et deux revers.

L'enfoncement des yeux dans l'orbite peut être tellement prononcé qu'il serait de toute impossibilité de faire sortir la pointe du kératotôme du côté de la cornée opposé à celui par lequel il aurait été d'abord engagé. Nous avons vu plus d'une fois, chez des individus dont les yeux étaient placés un peu profondément dans l'orbite, la section de la cornée être extrêmement difficile; non seulement elle se fait avec peine, mais souvent le lambeau est mal taillé, insuffisant, et il faut revenir, pour extraire le

cristallin, à des manœuvres fatigantes et toujours d'un mauvais pronostic. C'est encore là une indication pour donner la préférence à l'abaissement.

Le relevé suivant prouvera la vérité de ce que nous venons d'avancer :

Sur 7 yeux un peu enfoncés on compte 5 succès et 2 revers; mais on ne compte plus qu'une seule réussite sur 8 opérations faites dans des cas où l'œil était profondément placé dans l'orbite.

La saillie de l'œil a des inconvénients d'un autre genre; elle expose à l'écoulement de l'humeur vitrée. Cette disposition n'a été notée qu'une fois à un faible degré. Succès.

Il n'a point été opéré de malade qui présentât des taches dans la cornée, à l'exception de deux jeunes gens blessés à l'œil, et chez lesquels il restait une cicatrice blanchâtre. 3 individus avancés en âge avaient une opacité périphérique de la cornée, cercle sénile. Sur ces 3 individus, on a opéré 5 cataractes, et l'on trouve 3 succès et 2 insuccès. Il n'est guère probable qu'il faille beaucoup tenir compte de cette disposition, à moins qu'elle n'existe à un haut degré et n'envahisse une grande partie de la cornée.

« Ce que j'aurais peine à croire, dit M. Roux, si je n'en étais pas convaincu par ma propre expérience, c'est que parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil qui présentent des variétés, la couleur naturelle de l'iris paraît avoir quelque influence sur le résultat de l'opération de la cataracte. Une condition favorable sous ce rapport est attachée non pas à telle couleur de l'iris exclusivement, mais à différentes nuances qu'on peut réunir en disant que les yeux qui les présentent sont de couleur claire. Je peux donc assurer que,

toutes choses égales d'ailleurs, l'opération de la cataracte réussit mieux et plus communément sur des yeux bleus-grisâtres, etc., que sur ceux dont l'iris a une couleur très-foncée. Je ne rechercherai point la raison d'un tel fait; mais j'en rapprocherai celui-ci, qui tient vraisemblablement à la même cause, qui reconnaît le même principe et dont surtout il n'est point possible de contester la réalité; c'est qu'on observe bien plus souvent sur des yeux bruns petits, ou un peu enfoncés dans l'orbite, que sur des yeux de couleur claire et à fleur de tête, une espèce de cataracte avec amaurose qui est fort commune, etc. »

Nos observations viennent pleinement confirmer l'assertion de M. Roux, qui ne l'a d'ailleurs émise qu'après l'avoir appuyée sur des faits nombreux et soigneusement recueillis; pas plus que lui, nous ne chercherons à expliquer cette coïncidence qu'il nous suffira de mettre en évidence par les chiffres suivants :

Sur 15 individus dont l'iris était gris-clair ou d'un gris-bleuâtre, il y a eu 11 succès et 4 insuccès.

Chez 13 autres, il était fauve : 6 succès, 5 insuccès, 2 résultats douteux; chez les 13 derniers, l'iris était de couleur plus foncée, variant de l'orangé au brun : il n'y a eu que 4 résultats favorables, 7 mauvais, 2 douteux.

On voit que, pour les yeux de couleur foncée, on n'a réussi qu'une fois sur trois, dans la moitié des cas à peu près pour les yeux dont l'iris est moins foncé, mais pas cependant de couleur tout à fait claire; qu'enfin, lorsque l'iris présente des nuances variables du gris au bleu, on réussit plus de deux fois sur trois.

Est-il un rapport entre les différents états du cris-

tallin que nous avons décrits et le pronostic de l'opération? Pour éviter de trop longues répétitions, nous nous sommes bornés à noter les cas où le cristallin était dur et ceux où il était complétement ramolli, ou seulement à sa circonférence. Cet examen donne un résultat à peu près négatif.

Sur 16 cas où le cristallin était dur, 11 succès, 5 insuccès.

Sur 10 cas où il était ramolli, 6 succès, 4 insuccès.

L'état de la pupille, la rapidité avec laquelle elle se dilate ou se resserre, sont d'une grande utilité dans le pronostic et la source d'indications pour l'opérateur. On sait qu'il ne faut point toucher à un œil dont la pupille dilatée et immobile révèle l'existence d'une amaurose. Une fois elle était presque immobile, mais comme la formation de la cataracte avait été consécutive à une violence exercée sur l'œil, on pouvait supposer que des adhérences étaient cause de cette immobilité. L'opération fut faite. Le malade avait une amaurose incomplète. Chez deux individus, la pupille se contractait avec une grande lenteur (trois succès); trois fois avec une rapidité extrême (trois succès).

L'écoulement d'une quantité variable d'humeur vitrée est toujours chose fâcheuse. Dans un cas où il a eu lieu, la vue a été parfaitement conservée; dans un autre, quoique la quantité n'eût point été considérable, l'œil a été perdu. Il en est de même de la piqûre de l'iris et de l'écoulement du sang dans la chambre antérieure ou postérieure. Une seule fois cet accident est arrivé (insuccès). Une autre fois, dans un cas d'abaissement, l'iris a été légèrement touché, ce qui a déterminé plusieurs vomis-

sements, mais n'a exercé aucune influence fâcheuse sur le résultat ultérieur. Une seule fois la syncope s'est manifestée pendant qu'on procédait à l'opération.

Parmi quelques circonstances défavorables qui tiennent au manuel opératoire, il faut citer la section d'un lambeau trop petit, qui rend l'extraction pénible, exige une pression trop forte sur l'œil et expose davantage à la sortie de l'humeur aqueuse. Quelquefois il est nécessaire de rendre ce lambeau plus grand en continuant la section avec des ciseaux, dont l'introduction dans l'œil peut être la source d'accidents. Quelquefois la capsule n'est point assez largement incisée, et c'est là la cause de difficultés de même nature : elles n'ont jamais été portées à un degré tel qu'il y eût à craindre pour l'œil opéré. Ces circonstances ont été très-rarement notées, et l'on ne peut tirer des faits que nous possédons des indications pour le pronostic.

Nous avons donné à cette partie de nos études statistiques sur la cataracte un peu d'étendue, parce qu'on ne s'est guère occupé d'apporter une grande précision sur ce point. Quelques questions auraient pu être traitées avec plus de développement; mais nous nous sommes renfermés dans l'analyse des observations recueillies par nous.

§ VI. — *Opération.*

C'est au sujet des méthodes de l'opération de la cataracte par extraction et par abaissement qu'ont été faits les premiers essais de statistique chirurgicale. La comparaison des avantages et des inconvénients de chacune de ces méthodes a toujours été une thèse que les chirurgiens ont aimé à traiter. Tout a

été dit ou à peu près sur ce sujet, et nous ne nous y arrêterons point. Aussi bien n'avons-nous pas entre les mains un nombre suffisant de faits pour soumettre de nouveau cette question à l'arbitre des chiffres, puisque, sur 41 opérations, l'abaissement n'a été employé que six fois. Nous ne devons point cependant aller plus avant sans rapporter ici l'opinion de l'habile chirurgien dans le service duquel nos observations ont été recueillies.

« L'extraction a sur l'abaissement des avantages marqués comme méthode générale d'opérer la cataracte, et doit lui être préférée. Mon sentiment à cet égard n'est pas une de ces préventions qu'on conçoit par hasard et dans lesquelles on se fortifie par habitude. Il est fondé sur un rapprochement de faits en assez grand nombre. Lorsqu'il y a une douzaine d'années (ceci a été écrit en 1819), je fis les premiers pas dans la pratique de la chirurgie, je n'avais et ne pouvais avoir aucune opinion formée sur une question qui partageait alors, comme elle partage encore maintenant, les meilleurs esprits et les meilleurs praticiens. Si j'avais pu avoir quelque prévention, c'eût été en faveur de l'abaissement, sur lequel les nouvelles vues théoriques et pratiques de Scarpa venaient de rappeler l'attention des chirurgiens. Il est naturel, en effet, que dans la première période de la carrière qu'il doit parcourir, l'homme livré à la culture des arts et des sciences suive l'impulsion communiquée par les découvertes les plus récentes, par les nouvelles inventions; c'est le jeune homme qui, dans sa mise, s'assujettit aux caprices de la mode et rejette le costume des vieillards. Je me bornai néanmoins à placer l'abaissement sur la même ligne que l'extraction, et considérant ces deux méthodes comme admissibles

l'une et l'autre, je formai le projet de les soumettre à des essais comparatifs.

« Ces essais, je les ai continués jusqu'à la fin de 1815, pendant huit ou dix années.... Telle année, j'ai fait plus d'abaissements que d'extractions ; telle autre, au contraire, plus d'opérations par cette dernière méthode que par la première ; d'autres fois, j'ai fait dans le cours d'une année un nombre à peu près égal d'opérations par chacune de ces méthodes. J'ai eu soin, dans tous les cas que, sous le rapport de la nature de la maladie, des dispositions de l'individu, et de tout ce qu'on croit pouvoir influer d'une manière ou favorable ou désavantageuse sur les résultats de l'opération de la cataracte, les circonstances fussent semblables, autant que possible, par ces deux méthodes. J'ai voulu que, sinon sous le rapport de l'exécution, qui ne peut pas être la même, les chances fussent, autant que faire se pouvait, égales de part et d'autre. Pour qu'elles le fussent plus encore, il m'est arrivé un très-grand nombre de fois de pratiquer les deux méthodes sur le même individu, affecté de la cataracte aux deux yeux, l'extraction d'un côté, l'abaissement de l'autre.

« Ayant donc, après un peu plus de neuf années, comparé les résultats de 600 et quelques opérations pratiquées sur près de 400 individus environ, moitié par extraction et moitié par abaissement ; ayant de plus observé les suites d'une centaine d'autres, faites toutes par extraction, par M. Boyer, j'acquis la plus entière certitude que l'extraction procure un plus grand nombre de succès, et des succès plus francs et plus complets : il fut pour moi mathématiquement démontré que, par elle, un plus grand nombre d'individus recouvrent une vue aussi par-

faite qu'il est possible que ce soit après l'opération de la cataracte. J'ai dû en conséquence renoncer, et j'ai renoncé pour toujours sans doute à l'abaissement.

« Toutefois, que ceci s'entende de l'abaissement employé comme méthode générale. Je reconnais en effet quelques cas dans lesquels il faut oublier l'extraction pour pratiquer l'abaissement, dans lesquels ce dernier, sans perdre aucun des inconvénients qui lui sont propres, est cependant préférable à l'autre méthode. »

Nous n'ajouterons rien à cette déclaration marquée au coin de la franchise et de la plus entière conviction ; elle est bien propre à décider la question qui nous occupe. Ces expériences, faites avec un esprit dégagé de toute prévention, avec tout le soin, toute la précision imaginables, nous dispensent d'entrer à cet égard dans de plus longs développements.

Voici la manière dont M. Roux procède à l'extraction : il nous suffira d'indiquer ce qui lui est particulier, sans entrer dans tous les détails d'un manuel opératoire trop bien connu.

Le malade est toujours soumis, pendant les jours qui suivent son admission, à une alimentation modérée, à l'usage de tisanes un peu laxatives et de pédiluves. C'est une règle sans exception que d'appliquer un vésicatoire à la nuque immédiatement avant l'opération. Sans prétendre prouver que ce soit un moyen infaillible d'empêcher l'inflammation de se manifester, il n'est pas nuisible et il peut être utile ; aussi M. Roux n'a jamais renoncé, depuis bien des années, à son emploi. S'il y a pléthore évidente, congestion de la face, des yeux, une saignée est pratiquée.

Il est très-rare que l'on emploie la belladone ; son application sur les paupières n'a été nécessaire qu'une seule fois dans un cas de resserrement très-considérable des pupilles.

L'opéré et l'opérateur sont toujours assis ; ce dernier sur un siége plus élevé. Lorsque les préparatifs ordinaires sont faits, qu'une bande a fixé le bonnet, qu'une boulette de charpie et un bandeau ont été placés sur l'œil qu'on n'opère point, l'aide relève la paupière avec l'index de la main droite pour l'œil gauche, et *vice-versâ*, en soutenant le menton avec l'autre main. Il est nécessaire qu'il exerce une légère pression sur l'œil, jusqu'à ce que la section de la cornée soit terminée ; le rôle de l'aide, jusqu'à la fin de l'opération, se borne à relever la paupière supérieure sans comprimer le globe de l'œil.

M. Roux taille obliquement son lambeau en bas et en dehors, suivant le procédé de M. Wenzel, et emploie le kératotôme, appelé en France couteau de Richter, en Allemagne et en Angleterre, couteau de Beer. Il le préfère, parce qu'il présente de nombreux avantages. Sa forme est pyramidale et à tranchant droit; le dos a de la force, quoique adouci par un double biseau. Il lui trouve ces avantages, qu'il ne fléchit point en traversant la cornée ; que la pointe s'émousse rarement, et que la pyramide qu'il forme étant un peu allongée, l'incision de la cornée n'a pas encore beaucoup d'étendue au moment où cette membrane est percée d'un côté à l'autre ; qu'ainsi on est maître d'achever le lambeau un peu lentement ; et pour cette dernière chose, enfin, comme la largeur de la lame augmente par degrés de la pointe à la base, il suffit de continuer

le mouvement par lequel on a déjà fait agir l'instrument.

Pour l'incision de la capsule, l'instrument à lame étroite, à tranchant concave, à dos convexe, épais et arrondi, dont le manche supporte, par son extrémité opposée, une curette.

Dans la crainte de tomber dans des détails trop connus, nous n'insistons point sur les autres circonstances relatives à l'opération pour arriver à constater quels ont été les résultats obtenus dans l'année 1841. Mais auparavant, il est bon d'indiquer quels sont les procédés numériques que nous avons employés. Nous n'avons encore eu qu'à suivre et à imiter ce que notre maître a fait il y a bien des années déjà. (V. *Mémoire et observations sur la cataracte;* par M. Roux; *Journ. gén. de Méd.*, tom. 62, et le *Rapport* de MM. Percy et Deschamps.)

Et d'abord, il convient de séparer en deux catégories les résultats par rapport aux individus et aux opérés. On doit comprendre l'importance de cette séparation. Les opérations que l'on pratique chez le même individu aux deux yeux, doivent compter pour deux opérations. On peut en effet employer dans ce cas deux méthodes différentes; l'opération peut être très-simple à gauche, très-difficile à droite et *vice versâ*. Les suites seront heureuses pour un œil, graves pour un autre; on peut obtenir un succès d'un côté, essuyer un revers de l'autre, de même qu'on peut réussir ou échouer complétement sur les deux yeux à la fois, etc. Il ne serait donc pas impossible que, dans une série, tous les opérés fussent aveugles, ou bien que tous pussent jouir de l'usage des deux yeux, ou bien qu'enfin les succès et les insuccès fussent tellement combinés, que tous les individus retirassent un bénéfice de l'opération. Il

est évident qu'en calculant suivant les individus, on arrivera à des résultats bien plus favorables qu'en tenant compte seulement des yeux opérés.

Voici le tableau des relevés que M. Roux a faits depuis 1816 jusqu'en 1819 :

En 1816, 75 opérations sur 40 malades.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 26 Succès. . 49 sur 75
Individus opérés. . Insuccès. . 8 Succès. . 32 sur 40

En 1817, 85 opérations sur 53 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 37 Succès. . 48 sur 85
Individus opérés. . Insuccès. . 15 Succès. . 38 sur 53

En 1818, 78 opérations sur 46 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 34 Succès. . 44 sur 78
Individus opérés. . Insuccès. . 16 Succès. . 30 sur 46

En 1819, 68 opérations sur 38 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 21 Succès. . 47 sur 68
Individus opérés. . Insuccès. . 6 Succès. . 32 sur 38

En tout 306 opérations sur 177 individus.

Rapport des succès aux yeux opérés. . . :: 188 : 306

Environ les 3/5.

Rapport des succès aux individus opérés. :: 132 : 177

Environ les 7/10.

Nous sommes arrivés à des moyennes à peu près semblables.

Individus . . 29	Extractions. . 24	Succès	19
		Insuccès	3
		Résultats dout.	2
	Abaissements. 5	Succès	3
		Insuccès	1
		Résultats dout.	1
			20

Yeux opérés. 41	Extractions. . 35	Succès	21
		Insuccès	12
		Résultats dout.	2
	Abaissements. 6	Succès.	2
		Insuccès. . . .	2
		Résultats dout.	2

Si nous supprimons les cas douteux, dont on ne doit pas tenir compte, et si nous ajoutons 3 individus opérés par extraction en ville, et qui donnent un total de 5 opérations, nous aurons pour résultat :

Extraction. . 25 individus.	22 succès.	3 insuccès.
» 38 yeux . . .	25 »	13 »

Rapport des insuccès aux succès pour les individus, comme 1 est à 8 environ.

Rapport des insuccès aux succès pour les yeux, comme 1 est à 3 environ.

Le nombre des opérés par abaissement n'étant pas égal, ou à peu près égal à celui des extractions, il serait inutile de comparer ces méthodes et d'en conclure à la préférence que l'on devrait donner à l'une sur l'autre.

§ VII. — *Soins consécutifs ; état des yeux après l'opération.*

Le malade une fois opéré, ses yeux sont couverts d'un bandeau de toile et d'un autre de soie noire ; il est placé dans un lit garni de rideaux verts ; il doit rester couché sur le dos ; on lui recommande de faire le moins de mouvements possible. Il est mis au régime des bouillons. Quatre jours pleins après l'opération, on procède à l'examen de l'œil, et depuis

lors trois fois par jour, on le lave avec de l'eau blanche. Vers le dixième ou douzième jour, suivant l'état dans lequel se trouve l'œil, on fait porter au malade des lunettes à verres bleus. La suppuration du vésicatoire est entretenue jusqu'à ce qu'on n'ait plus rien à redouter des accidents de l'inflammation.

Chez quelques opérés, les suites sont d'une simplicité telle qu'elles ne doivent donner matière à aucune réflexion spéciale : transparence parfaite de la cornée, recollement bien exact et par première intention du lambeau sans la moindre saillie, champ de la pupille tout à fait débarrassé et noir, pas la moindre injection de la conjonctive, vue très-distincte, résultat immédiat et complet (12). Quelquefois, on a noté une déformation de l'iris qui a été passagère et peu considérable. Dans des cas très-simples (6), il y a eu une injection de la conjonctive, qui a duré quelques jours.

Enfin, les suites de l'opération ont pu inspirer des craintes en raison de l'apparition de certains phénomènes d'un mauvais pronostic. En général (3), on a vu une fois sept jours et deux fois quinze jours après l'opération, se développer une pseudo-membrane jaunâtre à la partie inférieure du lambeau, le repousser en avant et se placer entre lui et la cornée ; elle ne s'est point étendue, d'ailleurs, au reste du lambeau, et il s'est fait une sorte de réunion par deuxième intention. Après la résorption de cette fausse membrane, la cornée a repris sa transparence, et le succès a été aussi franc que dans les cas les moins compliqués. Une fois cependant, cet état s'accompagna de chémosis et de suffusion de la cornée ; la vue fut de nouveau éteinte ; mais ces accidents cédèrent à l'application d'un second vési-

catoire à la nuque. Dans deux cas d'abaissement, le cristallin étant venu reprendre sa place, il fut nécessaire de l'abaisser de nouveau, et cette fois avec une entière réussite.

Il faut nous expliquer ici sur les observations que nous avons dû ranger parmi les cas douteux. En nous autorisant des faits qui précèdent, nous aurions pu nous croire le droit de regarder comme un succès le cas d'un homme opéré par extraction. Il y avait eu formation d'une pseudo-membrane à la partie inférieure du lambeau et kératite; au moment où il est sorti de l'hôpital, celle-ci avait disparu, ainsi que la pseudo-membrane; il commençait à distinguer les objets, mais la vue n'était point encore bien nette. Si nous l'avons rangé parmi les résultats incertains, c'est pour prouver la rigueur que nous avons apportée dans l'examen de nos malades et dans leur classement. Chez les deux autres, les milieux de l'œil étaient parfaitement transparents, mais l'iris se contractait à peine; la vue était confuse (amaurose commençante). Le quatrième enfin avait subi l'abaissement sans grand bénéfice. Il est resté une opacité peu considérable, il est vrai, mais la vue ne lui a été rendue que d'une manière incomplète.

La coarctation de l'ouverture pupillaire, qui ne s'est présentée que cinq fois, a toujours été avantageusement combattue par des onctions d'extrait de belladone sur les deux paupières, et la pupille a repris en peu de jours ses dimensions ordinaires. Dans un cas d'abaissement, il y a eu oblitération de chaque côté.

Lorsque, pour la première fois, on enlève l'appareil qui couvre les yeux, au quatrième jour qui suit l'opération, il est souvent facile d'en prévoir le ré-

sultat. Il sera mauvais quand on verra le bandeau imprégné d'une matière puriforme ; l'examen des paupières, quand elles seront rouges et très-tuméfiées, en dira davantage, et l'on pourra dès lors porter un mauvais pronostic. Il y a peu d'exceptions à ce que nous venons de dire.

Voici ce qui a été noté lorsque l'inflammation s'emparait de l'œil après l'opération. Presque toujours, comme nous venons de le dire, lorsque le bandeau était ôté pour la première fois, tous les accidents étaient déclarés. Cependant, dans deux cas, il n'en a pas été ainsi. Chez le premier malade, l'œil était encore en fort bon état le septième jour, et la vue était très-distincte ; au huitième, un peu de suffusion de la cornée ; au onzième, tuméfaction des paupières, chémosis, cornée couverte de pus et de fausses membranes, cécité complète. Chez le second individu, ce n'est que quinze jours après l'opération que le lambeau devient opaque, qu'une pseudo-membrane se forme au milieu de la pupille, avec un chémosis considérable.

Les accidents inflammatoires qui suivent l'extraction sont, en général, bien plus effrayants que ceux qui se développent après l'opération de l'abaissement, quoiqu'ils aient dans les deux cas le même résultat, la cécité. Dans la première, ils sont pour ainsi dire superficiels, et apparaissent plutôt à l'extérieur que dans la seconde, qui se termine plus souvent par des ophthalmies internes, des iritis graves, la formation de pseudo-membranes dans le champ de la pupille, etc. En général, dans l'extraction, c'est surtout la cornée qui est exposée à l'inflammation ; c'est sur elle, en effet, qu'ont lieu les principales manœuvres de l'opération ; la kératite, qui en est la conséquence, peut être facilement combattue

lorsqu'elle existe seule. Mais le plus souvent le lambeau est repoussé en avant, une fausse membrane se développe sur ses deux faces, s'étend dans la chambre antérieure; la conjonctive s'enflamme, rougit, s'injecte, se tuméfie, forme un énorme bourrelet fongueux, qui soulève la paupière; dans son centre, on aperçoit à peine la cornée qu'elle recouvre. Celle-ci est opaque, couverte d'une couche de pus. Cet état dure un temps variable, à la suite duquel la paupière se détuméfie, l'œil s'affaisse et s'atrophie.

Opération sur les animaux. — Les lignes qui suivent sont la reproduction textuelle d'un article intitulé : *Une application du nouveau procédé Brogniez pour opérer la cataracte* (1), inséré dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique*, I, 1842, p. 53 et suivantes :

« Il y a peu de temps encore (c'est de notoriété générale), l'opération de la cataracte semblait devoir toujours être pour nous une tentative aventureuse, sans précision possible, et conséquemment très-incertaine, à cause des obstacles qui s'opposent d'une part à la pénétration franche de nos instruments jusqu'à la lentille cristalline, et de l'autre, à ce que leur action puisse être invariable; enfin, on croyait bien épuisés tous les moyens possibles d'exécuter cette opération délicate sur les animaux domestiques.

« Parmi les difficultés qui contrariaient ainsi l'exécution de cette manœuvre chirurgicale, on

---

(1) Voir la description de ce procédé, *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, liv. 6.

doit principalement mettre en ligne de compte l'excessive mobilité de l'œil et la puissance contractile de ses muscles ; d'où doivent nécessairement résulter une rétraction violente de cet organe et l'élancement simultané, étendu et rapide du corps clignotant, etc.

« Mais nous n'entrerons dans aucun développement théorique à cet égard ; notre intention n'est que de marquer, en quelque sorte, un progrès récent par un premier exemple. Nous ajouterons pourtant que ce perfectionnement remarquable est bien moins compliqué que ce qui a été fait jusqu'ici pour arriver au même but. En un mot, ce nouvel avantage dont notre chirurgie est désormais en possession, est dû en grande partie, comme on va le voir, à un *ophthalmostat simple*, qui n'expose à aucun inconvénient et dont l'application est aussi prompte que sûre.

« Voici cette première observation, telle qu'elle a été recueillie par les élèves Clément (répétiteur) et Créteurs, aux soins desquels le sujet était confié : nous ne changerons rien à la narration des jeunes rapporteurs :

« Obs. — *Opération de la cataracte pratiquée sur un cheval hongre, de race indigène, faisant le service de diligence, sous poil alezan foncé, à tous crins, âgé de neuf ans et de stature moyenne.*

» *État du sujet.* Cet animal, récemment guéri du farcin à la face, était atteint d'amaurose et de glaucôme du côté droit. L'œil gauche portait une cataracte laiteuse. Le cristallin d'un blanc mat offrait à sa surface des points noirs de grandeur variable et dus probablement à l'humeur uvée détachée de la face postérieure de l'iris ; la pupille était fortement dilatée et complète-

ment immobile, ce qui faisait craindre la paralysie de la rétine.

« *Traitement*. Le 20 février 1842, le cheval est abattu et solidement fixé. M. Brogniez, professeur de médecine opératoire opère conformément aux principes exposés dans son *Traité de chirurgie vétérinaire* pour la dépression du cristallin par scléroticonyxis, le globe étant préalablement fixé au moyen du diaptateur oculaire de son invention (1), le cristallin est culbuté dans le fond de la chambre postérieure, de sorte qu'aussitôt il est facile de distinguer le fond de l'œil. Malgré l'adhérence de l'organe, il est promptement déchatonné, car l'opération ne dure guère que deux minutes.

« L'animal relevé est remis à sa place et tenu au régime blanc ; un cataplasme composé de farine de lin très-fine et d'eau fraîche est immédiatement appliqué sur l'œil opéré ; le tout est recouvert par le diophthalme. On arrose l'œil de demi-heure en demi-heure avec de l'eau froide.

« Durant la journée, le sujet est calme, le pouls n'a pas changé ; il n'y a pas d'apparence de réaction.

« 2e *jour*. Le lendemain, 21 février, les paupières légèrement gonflées ferment à peu près l'œil ; la joue gauche, à peine guérie du farcin dont elle était le siége, est tuméfiée. Le cataplasme est renouvelé et arrosé comme la veille ; l'appareil protecteur est réappliqué. L'animal n'est plus attaché ; il est laissé libre dans une stalle et reçoit la demi-ration. Il cherche cependant encore à se débarrasser du diophthalme qui, trop petit

(1) Voir le dessin de cet instrument, *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, planche 1, fig.

pour le volume [illegible]

[illegible]

« 3e jour. Le [illegible]

opié est [illegible]

appliqué sur la partie [illegible]

d'onguent populeum.

« 4e jour. Le [illegible]

même que le jour précédent. [illegible]

pleine.

« 5e jour. Le [illegible]

ment, les paupières [illegible]

jusque dans [illegible]

humeurs. Les paupières [illegible]

de chemise [illegible]

gement inflammatoire [illegible]

plasme est [illegible]

avec de l'eau fraîche et [illegible]

couche d'onguent populeum est [illegible]

enflée.

« 6e jour. Le [illegible]

chambre postérieure [illegible]

partie; mais son volume paraît [illegible]

pération; sa couleur est devenue [illegible]

et sa surface plus rugueuse. L'engorgement [illegible]

a notablement diminué. — Le cataplasme [illegible]

par un bandage [illegible] que l'on humecte de temps

en temps avec de l'eau froide; et trois fois par jour, on

lave bien doucement l'œil avec de l'eau de roses [illegible]

« 9e jour. Ce traitement est continué jusqu'au [illegible] A

cette époque, la cornée lucide et l'humeur aqueuse ont

leur parfaite diaphanéité; la pupille est rétrécie, le cris-

tallin a diminué de volume, il a changé de couleur; il

devient de plus en plus rugueux; on ne met plus d'ap-

pareil.

« 12e *jour*. Le 3 mars, l'animal quitte les hôpitaux de l'école pour aller reprendre son service.

« Enfin le 12 mars, 21e jour après l'opération, nous sommes allés visiter l'animal et nous avons observé que le cristallin remonté a un reflet encore plus verdâtre, que son volume est beaucoup moindre qu'avant son départ, et qu'outre cela, sa surface est très-rugueuse et comme floconneuse.

« On peut conclure de cette simple tentative :

« 1° Qu'il est très-facile maintenant d'opérer la cataracte et d'empêcher le développement d'une réaction.

« 2° Enfin, que l'on peut espérer de réussir comme chez l'homme, lorsqu'il y aura absence de complication concomitante. »

M. Brogniez a consigné dans le même journal (n° 3, p. 358 et suiv.) un nouveau fait. Cette fois, l'opération a été pratiquée sur les deux yeux. Ce sujet, comme celui dont il a été parlé ci-dessus, n'était ni sain, ni préparé, ni placé dans des circonstances hygiéniques convenables : c'est ce dont il faut tenir compte.

Laissons parler M. Brogniez :

« Le cheval qui fait le sujet de ces observations, sous poil bai-brun, hongre, âgé de douze à treize ans, était affecté de morve et provenait du régiment des Guides. Ses yeux étaient beaux, proéminents et d'une diaphanéité parfaite.

Le 25 avril 1842, à neuf heures du matin, le sujet étant abattu et la tête fermement fixée, fut opéré de la cataracte par abaissement à l'œil gauche (scleroticonyxis); après l'opération qui a duré moins de 3 minutes, le cheval se releva, fut saigné à la jugulaire, coiffé du diophthalme et remis ensuite à son écurie. Des lotions d'eau

froide souvent répétées sont faites sur l'œil jusqu'à midi, époque à laquelle on remarque que les paupières sont à demi-fermées; un bandage matelassé est appliqué et souvent humecté d'eau froide.

« 2e jour, le 26, le pouls est un peu accéléré, l'humeur aqueuse est un peu trouble et il y a un faible nuage. On continue les ablutions d'eau froide.

« 3e jour, le 27, le pouls est à l'état normal, lenuage a disparu; mais on aperçoit dans la chambre antérieure de l'œil une matière blanche, d'aspect floconneux et partant de la petite circonférence de l'iris; ce petit corps, qui paraît être attaché aux grains de suie, s'étend jusqu'au-dessus du milieu de la pupille, flotte dans l'humeur aqueuse comme un débris de rétine qui serait plongé dans un verre d'eau; on remarque, en outre, qu'il jouit de légers mouvements d'oscillation, comme si c'était un entozoaire vivant. — Réapplication du bandage imprégné d'eau froide.

« 4e *jour*. Le 28, quatrième jour du traitement; l'œil opéré est parfaitement transparent, le corps flottant existe toujours; et les mouvements d'oscillation dont il jouit sont très-apercevables lorsque l'œil fait un léger mouvement dans l'orbite; du reste, il n'empêche pas l'animal de voir parfaitement les objets qui l'entourent, ce dont on s'assure en appliquant le bandage sur l'œil non opéré; l'animal abandonné à lui-même retourna au trot à son écurie, marchant seul dans les endroits les plus difficiles et en évitant très-adroitement une grande quantité de troncs d'arbres qu'il rencontra couchés par terre sur son chemin. Dès lors, on cessa tout traitement.

« 5e *jour*. Le 29, le flocon est beaucoup diminué; le diophthalme est ôté.

« 6e *jour*. La portion de flocon qui flotte dans la chambre antérieure est encore dimi[illegible]

a la

du même

causé

tou-

é-

chaient de voir. Immédiatement après que l'animal fut relevé, on le saigna copieusement en lui coupant le tronçon de la queue, on appliqua le diophthalme et le bandage matelassé imbibé d'eau froide. Vers le soir le pouls présente de l'agitation, il y a une légère réaction.

« 2e *jour*. Le 3 mai, le pouls est revenu à son état naturel, il y a trouble de l'humeur aqueuse, conjonctivite assez forte. Eau froide.

« 3e *jour*. Le 4, le trouble de l'humeur aqueuse est beaucoup moins intense, l'eau froide est remplacée par un collyre composé d'eau de roses, de sous-acétate de plomb liquide, ana ℥ iv et de sulfate de zinc, gr. viij.

« 5e *jour*. Le 6, l'œil reprend sa transparence, mais il y a une forte infiltration de la conjonctive, surtout à la partie inférieure du globe. Le collyre est remplacé par une infusion de polygala de Virginie.

« 6e *jour*. Le 7, l'infiltration se prolonge jusqu'au milieu de la cornée transparente; il y a en outre hypolympha.

« 8e *jour*. Le 9, l'infiltration a gagné en hauteur : séton à l'encolure, lotions avec l'infusion de polygala de Virginie.

« 10e *jour*. Le 11, l'œil présente un aspect rougeâtre; frictions d'onguent mercuriel double au pourtour de l'œil; le séton est animé avec le savon noir et le poivre.

« 11e *jour*. Le 12, l'iritis est encore plus intense: application de douze sangsues; après cette déplétion sanguine, on recouvre l'œil d'un bon cataplasme de farine de lin, préparé à l'eau froide.

« 13e *jour*. Le 14, nouvelle application de sangsues.

« 15e *jour*. Le 16, il n'y a pas d'amélioration; la peau qui recouvre le séton s'enlève, on en pose un autre à côté. Administration du sulfate de soude ℥ IV, — cataplasmes.

« 18e *jour*. L'inflammation est diminuée; nouvelle administration de sulfate de soude à la même dose, l'œil est lavé avec de l'eau de roses; une compresse imbibée de la même liqueur y est appliquée; le séton est animé, et on en pose un second.

« 26e *jour*. La cornée recouvre sa transparence, on ne remarque plus qu'un précipité jaune dans le fond de la chambre antérieure. On ôte le bandage.

« 32e *jour*. Instillation dans l'œil de quelques gouttes d'extrait d'opium dissous dans l'eau (1).

« Le lendemain et le surlendemain on fait deux instillations.

« 35e *jour*. Le dépôt jaunâtre paraît être diminué; il y a beaucoup moins de sensibilité. On ajoute, par once d'extrait aqueux d'opium, du nitrate d'argent fondu gr. IV.

« Le 36e *jour*. Deux instillations.

« 39e *jour*. On applique une légère couche d'onguent mercuriel double sur les paupières. On continue ce traitement jusqu'au 50e jour. Enfin on essaya encore infructueusement la pommade d'hydriodate de potasse; l'œil était beaucoup diminué de volume et la faculté de voir était complétement perdue.

« A l'autopsie on a trouvé que la cornée, rétrécie dans la proportion de la diminution de volume de tout l'organe, ne présentait pas de lésions remarquables, si ce n'est

---

(1) Pour lancer ces instillations dans l'œil, on se sert d'un petit pinceau d'étoupe ayant un manche assez flexible pour faire ressort et frapper un des arceaux du diophthalme, exactement comme on agit avec une plume à écrire sur le bas d'une table, lorsqu'on veut faire jaillir l'encre dont le bec est chargé. (*Note de M.* [illegible].)

l'opacité et surtout à la partie inférieure, que l'on observait pendant la vie. Le cristallin était remonté à sa place; il était réduit à une petite masse pâteuse, de couleur jaunâtre; le corps hyaloïde avait complétement disparu et était remplacé par un liquide de couleur citrine. »

« Nous pensons, continue M. Brogniez, que la non-réussite de cette expérience tient à trois causes principales : d'abord l'état malsain de l'animal, puis l'opération elle-même qui ne fut pas aussi bien pratiquée que sur l'œil gauche, et enfin les excitants et les toniques, qui ont été appliqués trop tôt; ce qui rend surtout les deux dernières suppositions bien plausibles, c'est que les deux expériences ont été tentées sur le même individu et que les résultats furent diamétralement opposés.

« Quoi qu'il en soit, nous avons maintenant la preuve acquise : que l'on peut fixer le globe oculaire et rendre l'opération de la cataracte facile; que les animaux doivent être sains, préparés d'avance et soumis à un traitement convenable et rationnel; que la réascension du cristallin a souvent lieu après l'abaissement; que l'extraction nous paraît préférable à cette dernière méthode opératoire chez les sujets âgés, attendu que leur cristallin, étant alors plus solide, conséquemment plus difficile, si pas impossible à absorber, est un véritable corps étranger, placé en permanence dans le fond de la coque oculaire; que les kératotômes, employés en oculistique humaine, nous conviennent beaucoup moins qu'un instrument dont la lame est mue au moyen d'un ressort, en décrivant avec rapidité un mouvement circulaire; qu'il n'est pas rare de trouver le cristallin, devenu opaque, dans la chambre antérieure, circonstance qui rend l'extraction prompte et facile; que l'exsudation plastique vient quelquefois

obturer la pupille, après l'opération; qu'il peut exister une tendance extraordinaire à la formation de fausses membranes dans l'œil, qui empêchent alors les rayons lumineux de franchir l'ouverture pupillaire; que l'on peut réopérer plusieurs fois successivement dans les cas de récidive; que l'hypolympha peut être promptement combattu chez les chevaux mous, par l'usage de l'infusion de polygala de Virginie, par des frictions d'onguent mercuriel au pourtour de l'œil et sur les paupières, enfin par l'usage des purgatifs; que les sujets d'un tempérament lymphatique très-prononcé ne ressentent que peu ou pas de prurit à l'œil opéré, tandis que les chevaux, doués d'une autre constitution, mettent toujours leur diophthalme à l'épreuve contre tout ce qui les entoure.

« Déclarons, en terminant, que nous n'attachons pas à ces données générales plus d'importance qu'elles n'en méritent pour le moment; il faut maintenant que les nouvelles expériences auxquelles nous nous livrerons, et les observations que d'autres vétérinaires pourront recueillir, fixent leur valeur et leur degré de certitude, tout en nous apprenant à la fois probablement beaucoup de choses curieuses que nous ignorons encore. »

i.) Guérison par l'emploi du galvanisme.— Ce qui suit est extrait de la *Gazette médicale de Paris :*

Des tentatives ont été faites à Saint-Pétersbourg, et plus tard en Bavière, avec le galvanisme pour connaître son action sur les différentes parties du globe de l'œil (*Gaz. méd.*, p. 776, 1841). M. Neumann nous donne aujourd'hui trois observations où il a expérimenté cet agent sur des yeux cataractés; quoique le résultat qu'il a obtenu ne soit pas encore

brillant, il est cependant de nature à laisser beaucoup d'espoir ; nous les rapportons pour servir de guide à ceux qui seraient tentés de faire les mêmes expériences.

Obs. I.—Aug. Patz, de Collub, âgé de 10 ans, est affecté depuis un temps indéterminé à l'œil droit d'une adhérence complète de l'iris avec le cristallin opaque; l'instillation d'une forte dissolution d'extrait de belladone dilatait la pupille à peine du diamètre d'une tête d'épingle et laissait voir le cristallin sous forme d'un corps jaune crétacé et comme couvert de masses. La cornée, au contraire, était saine et nullement adhérente à l'iris; il en est de même de la sclérotique, et d'autres parties de l'œil. Le malade ne pouvait pas distinguer le jour de la nuit. L'œil gauche était affecté de la même maladie; mais il distinguait encore des objets très-volumineux. Une foule de moyens ont été employés inutilement. L'œil droit seulement fut soumis au galvanisme; à cet effet, on se servit de deux plaques de 2 pouces carrés, l'une en zinc et l'autre en cuivre, qu'on plaça dans un godet de verre et qu'on couvrit d'acide sulfurique très-étendu d'eau. De la plaque de zinc, on fit passer un fil de fer dans la bouche du malade, et un autre fil de fer partant de la plaque de cuivre fut ajusté sur une aiguille à cataracte, dont on fourra le manche dans un tube de verre pour l'isoler de la main de l'opérateur; et on pénétra avec la pointe de l'aiguille à travers le milieu de la cornée jusqu'au centre du cristallin opaque. Le malade éprouva beaucoup de douleur, et s'efforça d'abord de tourner l'œil en haut, mais bientôt l'organe resta en repos, laissa agir sur lui le courant galvanique à peu près pendant une minute, après laquelle on vit se former des bulles de gaz mêlées à une humeur verdâtre s'échappant distinctement de l'intérieur du cristallin; en même temps

celui-ci disparut au fond de l'œil, et à sa place on ne vit plus qu'une masse verte-noirâtre, semblable à celle qu'on voit dans les yeux affectés de glaucôme. Comme les douleurs devinrent très-fortes, on retira l'aiguille; pendant deux jours on combattit la réaction inflammatoire par des fomentations froides et des remèdes laxatifs. Le quatrième jour, il n'y avait plus d'inflammation, nulle trace de la plaie de la cornée; la pupille était aussi rétrécie qu'avant l'opération, laissait apercevoir la masse verdâtre mentionnée ci-dessus et plus profondément un peu du cristallin jaune. La cécité était complète. Il est probable qu'outre la cataracte l'œil était encore affecté de glaucôme.

Obs. II. — Barbara Schmuhl, de Sierps (en Pologne), âgée de 30 ans, fut opérée aux deux yeux de la cataracte à Varsovie. L'œil droit récupéra la vue; mais avec l'œil gauche la malade distinguait à peine le jour d'avec la nuit; elle consulta à ce sujet M. Neumann, qui instilla l'extrait de belladone dans cet œil gauche; la pupille se dilata un peu et prit une forme semi-elliptique et semi-anguleuse. Au fond, l'on apercevait des fragments de la cataracte adhérant à l'uvée et ressemblant à des morceaux de minerai. On soumit l'œil gauche au galvanisme; à cet effet, on fit une pile avec deux plaques de cuivre et deux de zinc, chacune de 2 pouces de diamètre; et entre les deux couples on plaça un morceau de flanelle, et on les humecta avec de l'acide sulfurique étendu. Deux fils de fer partirent des deux pôles : celui de cuivre fut mis dans la bouche de la malade, et celui de zinc fut mis en communication avec le cristallin au moyen du procédé décrit dans la première observation. A peine la pile se trouva-t-elle en action pendant une minute, que des débris de cataracte se séparèrent et laissèrent voir une zône noire entre eux; mais comme la malade commençait à se

plaindre de céphalalgie, on cessa l'opération. Des sangsues, des purgatifs et des fomentations froides sur le front calmèrent l'irritation cérébrale qui s'était déclarée immédiatement après l'emploi du galvanisme. Le cinquième jour, on découvrit l'œil, la malade reconnut, en regardant à travers la zône, des objets de petite dimension, tels que des doigts, et retourna dans ses foyers, assez contente de son état pour ne pas demander un second essai de galvanisme.

Obs. III. — Mlle Rosalie de Mæzkiewicz, de Samplawa, près de Lœbau, perdit presque complétement la vue à l'âge de 4 ans par la variole; elle a actuellement 22 ans, et s'est déjà adressée à beaucoup de médecins qui ont employé une foule de moyens sans succès. M. Neumann lui-même fut consulté par elle et l'avait renvoyée comme incurable; alors il ne connaissait pas encore l'emploi qu'on peut faire du galvanisme sur les yeux. L'état de la malade était le suivant : le globe droit était si volumineux qu'à peine pouvait-il être couvert par les paupières; les vaisseaux de la conjonctive étaient considérablement dilatés, et de gros rameaux s'étendaient transversalement par-dessus la cornée, d'un angle de l'œil à l'autre. On ne pouvait pas distinguer la cornée de la sclérotique, et tout le segment antérieur du bulbe présentait l'aspect d'une vessie bleu foncé, marbrée de blanc, surtout à l'endroit où aurait dû être la cornée transparente. Il existait donc une espèce de staphylome de la cornée avec augmentation du volume de tout le globe de l'œil. La malade pouvait encore distinguer avec cet œil le jour de la nuit et reconnaître le contour de corps très-volumineux; ce reste de perceptibilité de la lumière était dû à une petite portion de la cornée restée transparente, du diamètre d'une tête d'épingle. L'œil gauche affecté de la même manière que le droit, était moins vo-

lumineux ; mais présentait une cornée plus complétement opaque; aussi la cécité y était-elle si complète que la lumière la plus vive n'était pas aperçue. On fit agir une pile de trois couples ; l'un des fils fut placé dans la bouche et l'autre toucha légèrement la cornée. Des larmes abondantes furent sécrétées et tombèrent sur la joue ; autour du fil de fer se développèrent des bulles de gaz qui formèrent une véritable écume. Les vaisseaux du globe parurent plus pleins de sang, et il se déclara de la douleur. L'opération fut immédiatement arrêtée.

Pendant un mois, cette expérience fut répétée une et souvent deux fois par jour. Le globe droit a considérablement diminué de volume, et peut facilement être recouvert par les paupières. Les taches crétacées de la cornée sont sensiblement éclaircies, et quelques-unes ont même entièrement disparu ; la vue s'est rétablie au point de pouvoir distinguer de petits objets, et la malade peut même coudre et enfiler des aiguilles. Les taches de l'œil gauche sont toutes plus claires, et la perception de la lumière, qui était nulle, est telle aujourd'hui, que la malade voit la flamme d'une chandelle. Le traitement est continué.

Ces observations sont suivies de quelques remarques :

1° L'emploi du galvanisme contre les maladies organiques des yeux demande beaucoup de précautions. Il faut surtout s'assurer que le courant électrique est réellement établi, avant d'en faire usage.

2° La pile doit être tenue avec une grande propreté et être mise en action pendant quelques minutes avant de l'appliquer sur le malade.

3° Les adhérences de la cataracte avec l'iris et les opacités de la cornée sont les affections pour

lesquelles le galvanisme est le plus souvent indiqué.

4° L'action du galvanisme est d'autant plus efficace qu'il est mieux supporté.

5° Aussitôt que la douleur de l'œil survient, il faut cesser l'opération, pour ne pas occasionner d'inflammation.

6° Avec un couple de 2 pouces de diamètre, le courant est déjà sensible ; avec deux couples, il est plus fort ; pourtant, il est encore supporté par presque tous les malades ; il n'en est pas de même d'une pile de trois couples qui provoquent facilement une inflammation.

M. Strauch, de Saint-Pétersbourg (*Jour. für Chirurgie und Augenkeilkunde*, 1842, p. 1-9), s'est aussi livré à des recherches sur le galvanisme mis en usage contre la cataracte ; il conclut de ses observations et de celles de MM. Crusel, Neumann, etc. :

1° Que les succès attribués à l'action du galvanisme sont très-problématiques, en ce que l'introduction répétée des aiguilles aurait seule suffi pour produire la division du cristallin et sa résorption par l'humeur aqueuse ;

2° Que ces essais ne sont rien moins qu'innocents, car ils ont été suivis quelquefois d'inflammations très-inquiétantes, et enfin ;

3° Que le galvanisme ajouté à l'introduction de l'aiguille ne fait que compliquer cette dernière opération.

Malgré ces conclusions, M. Strauch n'ose pas rejeter complétement l'utilité du galvanisme, et croit devoir placer son emploi parmi les opérations préparatoires de la cataracte.

k.) *Cataracte capsulaire secondaire.*—M. Bax, chirurgien et accoucheur à Rotterdam, a publié dans

la *Nederlandsch Lancet* (novembre, pag. 275), un long mémoire sur la cataracte secondaire. Il résume ses observations dans les propositions suivantes :

1° L'emploi de l'iode, combiné avec l'usage des moyens externes appropriés, d'un traitement dérivatif et d'une diète convenable, est un puissant moyen contre la cataracte secondaire ; il doit être administré selon les indications de la pathologie et de la thérapeutique.

2° Après le broiement, l'iode sert très-bien à hâter la résorption du cristallin et aide l'action des moyens externes.

3° Ce moyen rendra sans doute de bons services dans la cataracte commençante, surtout dans celles bornées à la capsule ; mais il faudra préalablement combattre l'inflammation qui pourrait exister, par les moyens antiphlogistiques connus, l'iode pouvant sans cela nuire par ses propriétés excitantes ; c'est pour cette raison qu'il ne faut pas passer à l'usage de cet *heroïcum* trop tôt après une opération.

4° L'iode, comme tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, paraît sans effet dans la cataracte mûre cristalline ; peut-être cependant que si on le continuait assez longtemps et à plus fortes doses, et qu'on le combinât avec d'autres moyens, il fournirait des résultats plus satisfaisants.

Pour se conformer au désir exprimé par M. d'Ammon dans le premier numéro de 1842 du *Journal für Chirurgie und Augenheikunde*, les *Annales d'Oculistique* ont mis au concours, pour 1842-43, la question suivante :

Faire l'histoire de la cataracte capsulaire se

condaire. Décrire ses variétés, ses causes et les meilleurs procédés pour la détruire.

19. *Glaucôme.*—M. Sichel a terminé la publication de son mémoire du glaucôme (*Annales d'Oculistique*, VI, VII et VIII) commencée l'an dernier. Les longues et minutieuses recherches historiques et bibliographiques auxquelles il s'est livré, les faits cliniques qu'il y a exposés, font de cette monographie le travail le plus approfondi qui ait paru dans ces dernières années.

20. *Hémophthalmie.*—Le mémoire de M. Béger, couronné en 1839 par les *Annales d'Oculistique et de Gynécologie*, vient d'être mis en vente; il forme la première livraison de *Sammlung gekroenter ophthalmologische Preisschriften* de M. Cunier.

21. *Cancer et mélanose de l'œil.*— Un médecin grec, le docteur S. Archigenes, rend compte (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 novembre) de deux opérations d'extirpation de l'œil, pratiquées par M. Desmarres, l'une pour un œil squirrheux, chez un enfant de deux ans, l'autre pour un œil mélanique, renfermant de la matière encéphaloïde; ce dernier sujet était âgé de quarante-cinq ans.

22. *Végétation fongueuse dans la chambre de l'œil, espèce de conserve, retirée au moyen de la ponction de la cornée.* — Cette observation est rapportée par M. Helmbrecht, de Brunswick (*Casper's Wochenschrift*, 1842); on ne sait ce qui doit étonner le plus, de la nature, du diagnostic du mal, ou du résultat thérapeutique.

Obs. — H., pasteur, âgé de 42 ans, bien constitué, de complexion sèche, éprouva, il y a 7 à 8 ans, des douleurs rhumatismales aux deux yeux. Elles furent combattues avec succès, mais laissèrent à leur suite un

larmoiement incommode et une grande sensibilité à la lumière. Ces symptômes cédèrent à l'emploi des diurétiques et des douches froides sur les yeux.

Quelque temps après, H., se livrant beaucoup à la lecture, s'aperçut tout à coup d'un trouble dans la vision avec des stries rapportées dans son œil gauche. Ces symptômes, qui disparurent par l'usage des bains de pieds et des douches froides, furent suivis de nouveau de larmoiement et de mouches volantes.

Le malade ayant renoncé à la lecture, ses yeux s'améliorèrent d'une manière notable; mais cet état ne dura pas longtemps; tout à coup parurent des figures flottantes et à formes invariables dans l'œil gauche, et des mouches volantes, irrégulières dans le droit; ces dernières se dissipèrent peu à peu; tandis que les figures dans l'œil gauche persistèrent et prirent toutes sortes de positions, selon la direction dans laquelle le malade fixait ses regards, à tel point qu'il pouvait retrouver les mêmes formes à volonté. Lorsque H. se présenta, en février, chez le médecin, celui-ci trouva la cornée, l'iris et la pupille à l'état normal, la conjonctive légèrement injectée, la vue plus ou moins troublée selon le dégré de rougeur. L'œil droit était complétement sain. Les figures flottantes, dont le malade se plaignait depuis fort longtemps, avaient, selon lui, la figure d'un chapelet, étaient bifurquées, se perdant çà et là dans de petits nuages et se ramifiant en de nouvelles séries de globules. Le malade traça même sur du papier le dessin de ce qu'il voyait dans son œil, et la suite de l'observation fera voir que ce dessin était conforme à un produit étranger qui a été retiré plus tard de l'œil. Selon le degré de clarté du lieu où il se trouvait, les contours des figures lui paraissaient plus ou moins nets; parfois le tronc des rameaux du chapelet semblait fixé au bord du champ de la vision,

et lorsque parfois le malade percutait l'œil avec le doigt les figures s'effaçaient complètement.

Deux ans auparavant, H. était presbyte ; depuis lors il était devenu myope par augmentation de la convexité de la cornée.

M. Helmbrecht appela en consultation son ami et collègue, M. le docteur Klenke, qui s'occupe beaucoup de recherches microscopiques ; ils s'accordèrent à admettre que les figures vues par le malade consistaient dans une végétation, analogue à une conferve, flottante dans l'humeur aqueuse, et en placèrent le siége dans la chambre postérieure, puisqu'à l'examen, même de la loupe, ils ne pouvaient rien découvrir dans la chambre antérieure. Un traitement antiphlogistique diurétique et altérant resta sans succès.

Vers le milieu du mois de mars, le malade fit une chute de voiture et reçut une blessure au bord externe de l'orbite gauche. M. Helmbrecht entretint cette plaie en suppuration pour servir d'exutoire. Jusqu'à cessation de l'inflammation, l'œil a été couvert d'une large compresse; à la première levée de celle-ci, le malade fut surpris de voir que la figure dans son œil s'était partagée en deux, flottait librement et n'adhérait plus à son pédicule latéral. La plaie fermée au bout de quelque temps fut remplacée par un cautère au bras; de plus, l'iode déjà administré depuis longtemps, fut continué.

La maladie restant toujours dans le même état, en ce que les deux corps flottants dans l'œil gauche continuaient à obscurcir la vue, M. Helmbrecht et son collègue, osèrent faire la ponction de la cornée pour donner issue à l'humeur aqueuse et entraîner le corps étranger qui probablement avait été détaché de son point d'insertion lors de la chute du malade. L'opération fut pratiquée au commencement d'avril. Avec le couteau à cata-

racte de Beer, on incisa la cornée à sa portion inférieure à une demi-ligne de la sclérotique dans une étendue de 2 lignes; l'humeur aqueuse s'écoula et on la recueillit dans un petit vase. Pendant que M. Helmbrecht pansait le malade, M. Klencke examina aussitôt sous le grand microscope de Schick l'humeur aqueuse, et y trouva, avec un grossissement de 250 fois le diamètre, une végétation ramifiée, en tout conforme au dessin qu'en avait donné le malade. Celui-ci fut complètement guéri.

23. *Entozoaires de l'œil.*—Un cysticerque celluleux a été trouvé sous la conjonctive par M. Cunier (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, p. 271).

M. Verheyen a publié, dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique*, n° 1, la traduction d'un mémoire hollandais de M. Numann sur les entozoaires de l'œil. C'est une monographie complète qui sera consultée avec fruit.

24. *Mouches volantes.*—M. F. C. Faye (*Haeser's Repertorium.* — *Schmidt's Jahrbücher*, XXXIV, p. 97), affecté de scotomes, croit en trouver la cause dans la présence d'entozoaires dans l'œil. C'est là l'avis de M. de Nordmann. M. Faye exprime le vœu que l'on s'occupe de l'examen microscopique de l'humeur aqueuse.

Pour M. Wighand (*London medical Gazette*, XXVII, p. 719, et *ibidem*, p. 97), les mouches volantes seraient dues à une opacité (*opacity*) de l'humeur lacrymale; il les combat par un collyre de 1 grain *chininum sulphur.*, dissous dans 3 onces d'eau. Il prétend avoir retiré toujours d'heureux résultats de l'emploi de ce moyen.

M. Neuber a écrit, dans les *Pfaff's Mittheil.* V, p. 11 et 12, quelques pages pour chercher à expliquer la cause des mouches volantes dont il

se trouve affecté ; il arrive à cette conclusion qu'une modification dans la composition de l'humeur aqueuse doit y avoir donné naissance. Il nous a été impossible de suivre l'auteur dans les détails excessivement étendus où il est entré.

M. le docteur Sotteau a publié dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1842, p. 49, un long mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les apparences visuelles sans objet extérieur, connues sous le nom vulgaire de mouches volantes*. L'auteur, après s'être livré à de nombreuses recherches sur le siége, la nature, les caractères et les causes de cette affection, en expose le traitement en ces termes :

« Lorsque les mouches volantes n'occasionnent qu'une simple gêne dans la vue, nous pensons qu'elles n'exigent aucun traitement. Lorsqu'elles prennent un degré d'accroissement qui les rend plus incommodes que d'ordinaire, il faut rechercher si cette circonstance ne coïncide pas avec un état d'excitation des nerfs en général, surtout du système nerveux ganglionaire, qui exerce la plus grande sympathie sur la sensibilité de la rétine. Il faudrait, dans ces cas, employer des moyens propres à ramener le système nerveux à son état normal. Ce traitement suffit généralement pour réduire les mouches à leur plus simple expression. Notez aussi qu'on les rend beaucoup moins apparentes en faisant usage de conservatifs à verres colorés, qui forcent la pupille à se dilater en diminuant l'intensité de la lumière...... Si la myodésopsie avait occasionné la cécité et qu'il n'y eût aucun doute à ce sujet, surtout si le médecin était bien convaincu que le siége de l'affection fût dans l'humeur de Morgagni, il faudrait faire l'opération de la cataracte par extrac-

tion. Il suffirait de faire écouler l'humeur aqueuse si elle servait de véhicule aux globules. L'opinion que nous avons émise à ce sujet, nous fait un devoir de recommander d'employer d'abord ce dernier moyen, qui, d'ailleurs, n'empêche pas de recourir au premier, en cas de non réussite.

« Si, au contraire, les cellules du corps vitré étaient le siége de la cause de la cécité, elle devrait être regardée comme incurable. »

25. *Amaurose.* — La note suivante sur la fréquence de l'amaurose chez les brodeuses de Nancy, a été lue par M. Carron du Villards à la Société académique de cette ville, dans sa séance de janvier 1842. Nous la reproduisons avec d'autant plus d'empressement que ce qui est dit pour les brodeuses de Nancy est aussi vrai pour les dentellières et les brodeuses de Bruxelles :

« Chaque profession a ses affections oculaires spéciales ou privilégiées. Ainsi, les bombeurs de verre, les tailleurs de pierre, de cristaux, de diamants, de pierre meulière, de pierre à fusil, les aiguiseurs, remouleurs, couteliers, fourbisseurs, les fabricants de compas, de burins, de ressorts, les tourneurs sur métaux, sur albâtre, etc., sont sujets aux blessures de l'œil et de ses annexes, aux cécités résultat direct ou bien indirect des lésions traumatiques. Les tanneurs, corroyeurs, écarisseurs, boyaudiers, les fabricants de cordes de violons, de poudrette, de colle, de parchemin, les paussiers, les tondeurs de peau, les chamoiseurs, sont plus que tous autres affectés d'ophthalmies purulentes simples, miasmatiques, et souvent *de nature charbonneuse.*

« Les verriers, les chaufourniers, les forgerons, fondeurs, chauffeurs de machines, les vignerons, les mineurs,

les fabricants de produits chimiques, sont très-souvent atteints de *cataracte*.

« Parmi les imprimeurs, les fondeurs de caractères d'imprimerie, les clicheurs et stéréotypeurs, les fabricants de céruse, les plombiers, les soudeurs de tubes, les étameurs de glace, les tailleurs d'habits, les cordonniers et les brodeuses, l'on rencontre surtout des gouttes-sereines. C'est pour arriver à la fréquence de l'amaurose chez les brodeuses que je vous ai esquissé à la hâte l'influence professionnelle sur quelques maladies de l'œil. Il faut bien tenir compte de cette influence, car si l'on partait des faits observés à Nancy, quant à la fréquence de l'amaurose sur les jeunes femmes de 15 à 35 ans, pour faire des tables générales de statistique, l'on tomberait, relativement aux masses, dans de grandes erreurs. Car l'on établirait en thèse générale ce qui n'est qu'un fait propre au département de la Meurthe en général, et à la ville de Nancy en particulier. L'on avancerait un fait que détruiraient immédiatement les nombres tirés d'un autre département, celui du Cher par exemple, où l'amaurose est très-rare, même chez les femmes de 15 à 35 ans. A Nancy et à St-Quentin, les affections amaurotiques dérivent non seulement de la nature du travail, mais encore de la manière dont on l'exécute.

« A Nancy comme à St-Quentin, la plupart des travaux de broderie *se font par entreprise*. Les ouvrières sont alors obligées pour gagner un *mince salaire* de commencer leur travail à 7 heures et demi du matin et de le prolonger dans la nuit. Elles entrent le matin dans des ateliers souvent mal éclairés, plus mal chauffés encore, dans lesquels l'air est rarement renouvelé d'une manière convenable. La plupart des ouvrières contractent l'habitude de travailler la tête inclinée; l'ancienne manière de travailler sur des rouleaux ou cilindres est tombée en dé-

suétude, et l'on préfère compromettre les yeux en travaillant sur les genoux.

« Voulons-nous de nouvelles causes accessoires : nous les trouvons dans la mauvaise nourriture, dans la chlorose dont la fréquence a sans doute fait surgir l'agent curatif natif, dit la boule de Nancy. Si la chlorose engendre ou provoque la *goutte sereine* dans les autres professions, à plus forte raison faut-il l'admettre chez les brodeuses.

J'ai constaté avec effroi et une profonde douleur ces faits divers. Je me suis demandé s'il n'y aurait aucun moyen à employer pour prévenir un mal qui met tant de gens à la charge de la charité publique, lorsque la maladie qui nous occupe a envahi les deux yeux, et les rend incapables de gagner leur subsistance. Cette recherche sera l'objet d'une prochaine communication.

Parlons maintenant en général des symptômes amaurotiques observés sur les brodeuses. Sur plus de soixante femmes de 15 à 35 ans, la maladie a toujours débuté par des maux de tête qui apparaissaient à chaque excès de travail. Alors celui-ci devenait impossible en raison de la surexcitation de l'œil et de la photophobie. Au début, le repos ramenait l'état normal des fonctions oculaires, mais la nécessité du travail rappelant les phénomènes morbides, la maladie prend la forme d'une rétinite sub-aiguë qui se termine plus tard par l'état torpide de l'organe. Mais avant d'arriver à cet état de faiblesse, la vue est en proie à une foule d'aberrations visuelles, lumineuses, obscures, fantastiques, qui fatiguent horriblement celles qui en sont atteintes.

Dans un article publié dans *Gazette médicale de Montpellier*, M. Le Calvé fait observer que l'amaurose est extrêmement fréquente dans le midi de la France, infiniment plus que dans le nord, où il

a été à même de l'observer, étant chef de la clinique ophthalmologique de M. Sichel. La fréquence de cette maladie s'explique par ce fait, que les maisons, en général, sont garnies de volets pleins, et qui sont constamment tenus fermés. Lorsque l'on entre dans un appartement, aussi bien chez le pauvre que chez le riche, en été surtout, on trouve ceux qui l'habitent plongés dans une obscurité complète ; et puis, quand on sort, on passe brusquement de l'obscurité à une vive lumière. C'est ce passage brusque de l'obscurité à une lumière vive et éclatante, qui est une des principales causes, et souvent la seule, de la fréquence de l'amaurose dans le midi de la France. Or, la connaissance de cette cause donne l'indication précise du traitement que l'on doit suivre pour obtenir la guérison de l'amaurose, qui est presque toujours curable à son début. Le meilleur, le seul moyen curatif, est de placer le malade dans des conditions hygiéniques tout à fait opposées à celles qui lui étaient habituelles. M. Le Calvé cite trois observations, entre un bien plus grand nombre, dans lesquelles cette seule précaution hygiénique a guéri en quelques mois des amauroses récentes, mais rebelles aux autres moyens de l'art. Il blâme les personnes affectées d'ophthalmie qui ont l'habitude de se tenir dans une obscurité complète, soit de leur propre mouvement, soit d'après les conseils qu'elles reçoivent ; souvent, dit-il, l'amaurose est la conséquence d'une telle pratique.

D'après M. le docteur Duval (*Jornal da Sociedade de Sciencias medicas de Lisboa*, IX, n° III), la fréquence de l'amaurose, en Portugal, tiendrait à la prédominance des constitutions bilieuse et nerveuse, à la mauvaise alimentation de la basse classe,

à l'habitude qu'ont les paysans de porter de pesants fardeaux sur la tête, à l'exposition directe à la forte réflection de la lumière sur des murailles blanches, à l'abus des parfums. (*Oppenheim's Zeitschrift*, october, p. 333).

Le *Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, septembre, p. 129, renferme un mémoire intitulé : *De l'une des causes les plus fréquentes de l'amaurose, et de son traitement*. D'après l'auteur, M. Brunet, l'amaurose reconnaît le plus souvent pour cause la lésion de l'une des branches de la cinquième paire de nerfs cérébraux. Dans ces cas, le traitement consiste surtout dans l'emploi du galvanisme.

M. le docteur Vallez a consigné, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une *observation d'amaurose consécutive à une lésion de la cinquième paire du côté gauche*.

On lit ce qui suit dans le compte-rendu de la séance du 6 septembre 1842, de l'Académie royale de médecine de Paris (*Encyclographie des sciences médicales*, septembre, p. 600) :

« M. Thillaye fait un rapport sur une nouvelle méthode pour le traitement de plusieurs maladies des yeux.

« Aucun régime particulier, aucun traitement pharmaceutique n'est requis dans cette méthode. Le point fondamental qui la constitue est d'assujettir tous les jours les malades à faire une lecture pendant plusieurs heures. A mesure que la vue s'améliore, on augmente la grandeur des caractères qu'on leur fait déchiffrer, ainsi que le diamètre des verres bi-convexes à travers lesquels ils doivent regarder. La durée du traitement est, terme moyen, de un à deux mois.

« Le mémoire de M. Fierens contient plusieurs observations de guérison d'amaurose. La même méthode est également applicable au traitement de la myopie et du strabisme. L'auteur l'indique aussi pour la cataracte commençante; mais il avoue que quand ce moyen ne réussit pas à entraver la marche de l'affection, il a, au contraire, pour effet, de hâter ses progrès.

« Les considérations théoriques, dit M. le rapporteur, ne peuvent rien prouver contre des faits bien établis. En conséquence, quelque extraordinaires qu'ils nous paraissent, nous ne pouvons nier les résultats annoncés par l'auteur.

« Les conclusions sont de déposer ce travail aux archives.

« M. Nacquart. Il me semble qu'avant de formuler un jugement sur le mémoire de M. Fierens, la commission eût dû répéter les expériences qui y sont indiquées.

« M. Velpeau. Il y a des choses qu'on ne doit pas essayer, ne fût-ce qu'à cause de la manière dont elles sont annoncées. Ainsi l'auteur nous dit qu'il fut appelé à traiter une personne affectée d'amaurose et frappée de cécité presque absolue ; or, la première prescription qu'il lui donna fut de lire pendant quelques heures tous les jours. Est-il donc bien vraisemblable qu'elle fût réellement aveugle? Et les détails de l'observation ne détruisent-ils pas entièrement la signification que l'auteur a voulu lui donner? »

M. Fierens s'est attribué fort à son aise l'invention du mode spécial de traitement que M. Cunier a fait connaître (*Annales d'Oculistique*, mai 1842) dans sa *Lettre au professeur Serre*, *de Montpellier*, *sur l'emploi des verres de lunettes dans le traitement de quelques maladies oculaires*, lettre qui a été reproduite dans la *Gazette médicale de*

Paris, juin 1842, ainsi que dans la *New-York Lancet* (3 septembre 1842, p. 150) et dans la *The British and foreign Medical Review* (janvier 1843, p. 246). M. Cunier a encore fait connaître cette méthode dans un mémoire publié dans la *Nederlandsch Lancet* (octobre 1842, p. 227) sous le titre de : *Over het gebruik der brilglazen ter behandeling van eenige oogziekten*.

Nos lecteurs se rappelleront sans doute comment a été provoquée la lettre de M. Cunier.

M. Serre avait publié dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Annales d'Oculistique* (février 1842, p. 210) une *note sur l'opération de la cataracte sur un œil, comme moyen de rétablir la vue des deux côtés* ; le professeur de Montpellier rapportait l'histoire de deux malades chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation de la pupille artificielle, chez l'autre, après une opération de cataracte, avait suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue de l'autre œil, frappé d'amaurose ; il terminait ainsi :

« En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont conduit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose ; qu'il me suffise, pour le moment, de dire que, pour triompher de cette maladie, il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente ou sur la peau qui recouvre les parties voisines de l'œil, mais bien sur la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, *ou même* SUR LA RÉTINE.

« Il reste bien entendu, ajoute M. Serre, que je ne parle que des amauroses asthéniques, nerveuses, dans

lesquelles il y a perte plus ou moins complète de la vue, sans altération matérielle appréciable dans les milieux de l'œil. »

M. Cunier (*lettre citée*) a fait observer que déjà en 1840, il mettait en usage la méthode proposée par M. Serre ; voici ce qu'il écrivait dans le numéro de septembre 1840 de ses *Annales d'Oculistique* :

« J'ai réussi, dans ces derniers temps, à guérir, ou du moins à modifier, par l'exercice au moyen des verres, en en diminuant chaque jour le foyer, puis enfin à l'œil nu, plusieurs cas de myopie et de presbyopie des plus prononcées..... Je signalerai... la cure de plusieurs amauroses *obtenue par l'usage* opportun du même moyen. »

Quatre mois auparavant (*Annales citées*, juin 1840), M. Cunier avait parlé de l'exercice orthophthalmique, avec ou sans les verres, comme moyen de faire cesser l'anesthésie rétinienne, suite ou cause du strabisme.

M. Cunier n'a, du reste, point réclamé la priorité en sa faveur ; c'est la pratique d'un charlatan, d'un marchand de lunettes, nommé Schlesinger qui l'a mis sur la voie ; il s'exprime ainsi à ce sujet (*lettre citée*) :

« Les verres employés par Schlesinger étaient plano-convexes.

« Il commençait par déterminer la portée du foyer visuel.

« Il avait affaire à un amaurotique, par exemple. Ce malade réussissait encore à déchiffrer le double canon à 3 pouces de distance. Des verres de 3 1/4 pouces de foyer lui étaient remis, et il devait, les yeux armés de ces lunettes, s'exercer à la lecture une partie de la journée.

— Une fois que la fatigue survenait, l'exercice devait être suspendu.

« Dès que le malade était parvenu à distinguer nettement les lettres, il prenait des verres de 3 1/2 pouces. La convexité était ainsi diminuée de quart de pouce en quart de pouce jusqu'au n° 5; c'est par demi-pouce que la décroissance avait lieu alors jusqu'au n° 9, où elle commençait par pouce, et à partir du n° 12 par deux pouces, jusqu'au n° 24 ou au n° 36, dont l'usage devait être continué pendant longtemps. »

M. Cunier a donné l'histoire de trois cas dans lesquels il a mis en usage avec succès cette méthode de traitement; il termine en faisant remarquer que l'on ne peut en attendre de bons résultats que dans les amauroses réduites à l'état de simple anesthésie rétinienne; il en est de ce moyen comme de la strychnine, de l'électricité.

M. Cunier a écrit (*lettre citée*) que, malgré de nombreuses et minutieuses recherches, il n'a trouvé dans les divers traités qu'il a consultés, aucune donnée sur l'emploi des verres de lunettes, comme moyen de réveiller la sensibilité de la rétine. Il a été plus heureux dans ces derniers temps. Il a appris par le *Vollständiges Recept-Taschenbuch der practischen Augenheilkunde* de M. E. Altschuhl (Vienne 1837, tom. I, p. 27) que cette méthode se trouve indiquée dans un ouvrage de Sauvages. Nous transcrivons le texte de M. Altschuhl :

« ANMERKUNG. *Da bei torpiden Individuen*
« *selten eine radicale Heilung erhalten wird, so*
« *muss man auch durch den Gebrauch der Bril-*
« *len, welche beiderseits convexe seyn müssen,*
« *den Uebel moeglichst abzuhelfen suchen.* (SAU-
« VAGES, *Nosologia methodica.*, S. 744, I, B.) »

Comme on le voit, c'est avec des verres bi-convexes qu'avait lieu l'exercice conseillé par Sauvages.

26. *Strabisme.*—De nombreuses publications ont eu lieu, en 1842, sur le strabisme et sa cure par la division musculaire. Les unes ont paru dans les journaux de médecine ; les autres sont des traités *ex-professo*.

Trois de ces dernières doivent être spécialement mentionnées : ce sont les *Recherches sur l'opération du strabisme* (1), par M. Lucien Boyer ; le *Supplément* (intitulé : *Du Strabisme*), *aux nouveaux Eléments de médecine opératoire* (2), par M. Velpeau ; et le livre de M. Dieffenbach : *Ueber das Schielen und die Heilung desselben durch die Operation* (3).

Ces trois volumes répondent à ce que l'on était en droit d'attendre de leurs auteurs ; nous n'essaierons pas d'en donner ici une analyse que le défaut d'espace nous forcerait de faire incomplète. Nous signalerons prochainement dans un travail dont nous nous occupons, les nouvelles notions exposées par les deux chirurgiens de Paris et par celui de Berlin. Nous nous appesantirons principalement sur ce que le traité de M. Dieffenbach renferme de remarquables et précieuses observations ; nous ne

(1) Mémoire présenté à l'Académie royale des sciences.—grand in-8° de IV-320 p., orné de 10 planches lithographiées.—Paris, 1842, chez Germer Baillière.

(2) Du Strabisme ; par A. Velpeau. In-8° de 180 pages. Paris, 1842, chez J.-B. Baillière.

(3) Berlin, 1842, in-8° de VIII-220 p., orné de 3 planches lithographiées.

nous expliquons pas comment la presse médicale française a pu laisser passer inaperçue une œuvre aussi impatiemment attendue du public chirurgical. La publication des mémoires de MM. Hoering et Sichel, sur le siége et la nature de la cataracte, a depuis un certain temps absorbé nos colonnes ; c'est ce qui explique et justifie notre silence, qui sera rompu bientôt.

Les travaux sur le strabisme, publiés dans les recueils périodiques ont été si nombreux qu'il nous serait impossible de les citer tous ; il n'en est d'ailleurs que fort peu qui aient une certaine valeur ; encore n'apprennent-ils rien qui n'ait été dit à satiété.

Dans un mémoire inséré dans les *Haeser's Archive* (vol. II, nº 23), et analysé dans le *Schmidt's Jahrbücher* (XXXIV, p. 93), M. Eisenmann s'est occupé du traitement du strabisme par l'électricité. Elle doit, selon lui, être mise en usage dans les cas où l'excès de contraction d'un des muscles droits est le résultat de la faiblesse ou de la paresse de son antagoniste ; il introduit une aiguille à électro-puncture dans le muscle affecté et une autre dans la nuque ; il met en rapport avec cette dernière un pôle d'une pile galvanique, et de temps à autre, il touche avec l'autre pôle l'aiguille fixée dans le muscle. La pile dont il fait usage se compose de deux paires de 2 pouces carrés.

M. le docteur Caffe s'exprime ainsi, au sujet de l'opération du strabisme qu'il a subie :

« C'est après avoir assisté à une quantité innombrable d'opérations de strabisme; c'est après avoir entendu et vu manœuvrer chaque opérateur, non pas seulement en France, mais encore en Angleterre; c'est après avoir méi-

même opéré plusieurs fois en présence de médecins instruits; c'est alors seulement que je me suis décidé à subir cette opération. Ma compétence est donc à tous égards bien complète pour me prononcer sur l'opportunité ou la non opportunité de cette opération, dans les différentes variétés de strabisme. Il me serait impossible, dans un article d'analyse et dans les limites d'un journal, d'entrer dans une partie quelconque des nombreuses considérations qui se rattachent à cette affection sur laquelle on a beaucoup écrit depuis deux ans, mais trop peu réfléchi. Je veux me contenter de parler ici de ce qui m'est entièrement personnel, *quaeque ipse tuli, quorum pars magna fui* ; l'erreur est dans ce cas imposible, en traduisant les sensations que j'ai éprouvées pendant l'opération elle-même.

« Dès mes premières années, je fus affecté d'un strabisme divergent avec une puissance et une étendue de vue très-heureuse ; mon adresse à la chasse et au tir au pistolet surprenait tous ceux qui en étaient témoins et contrastait singulièrement dans leur esprit avec la divergence de mon regard. Le strabisme se déplaçait souvent et passait d'un œil à l'autre ; lorsque je fixais les objets placés à une grande distance, l'œil gauche se déviait en dehors, le contraire arrivait lorsque je fixais les objets placés à une distance d'un demi-mètre, c'est-à-dire que l'œil droit perdait alors la rectitude pour diverger quelque peu à droite, tandis que l'œil gauche prenait une position normale; la vue ne s'exerçait donc que pour un seul œil à des distances inégales, mais l'œil gauche manifestait toujours une divergence plus prononcée et plus fréquente. D'autre part, dans le cours ordinaire de la vie, au milieu de la société, c'est à une distance de plus d'un demi-mètre que la vue se porte ordinairement; je me décidai donc à subir l'opération sur l'œil gauche

seulement, regardant comme très-probable que la guérison de celui-ci amènerait celle du côté opposé, qui du reste laissait très-peu à désirer.

« Le 11 juin 1841, à midi, en présence de mon ami, le docteur Ferdinand François, j'ai subi l'opération, et soixante-douze heures après, je dictai à M. Arnoux la note dont je donne la copie textuelle :

« Le 11 juin 1841, à midi, dans mon cabinet d'étude, je me plaçai assis en face d'une croisée, de manière à recevoir directement la lumière sur les yeux, M. le docteur Charles Phillips appliqua les deux ophthalmostats sur les paupières de l'œil gauche; M. Bouvier voulut bien se charger de les maintenir. L'ophthalmostat placé sur la paupière supérieure, donne lieu immédiatement à une douleur très-vive qui provoque d'énergiques contractions du muscle orbiculaire. Malgré l'habitude très-grande que M. Bouvier a dans ces sortes d'opérations, malgré l'extrême précaution qu'il prenait pour éviter toute pression inutile, surtout en épargnant de comprimer la partie cutanée correspondant au trajet du nerf frontal, malgré l'interposition d'un tampon de coton, c'est cependant à ce temps de l'opération que se rapporte la sensation la plus pénible que j'aie éprouvée. Les deux piqûres faites par les airignes pour saisir la muqueuse de la sclérotique furent à peine sensibles. L'une de ces airignes fut confiée à M. le docteur Brant. Le repli de la muqueuse produit par la tension des deux airignes et la section de ce repli avec les ciseaux furent à peine douloureux. Le muscle droit externe réuni en un seul faisceau et à terminaison tendineuse très-prononcée, fut facilement placé par M. Phillips sur le crochet-mousse, et divisé par des ciseaux courbés sur le plat. La section de ce muscle et celle du nerf moteur oculaire externe ne sont que très-instantanément douloureuses, mais une

des impressions pénibles ressenties pendant l'opération fut pour moi le bruit que faisaient les ciseaux. L'extrémité sclératicale du muscle toute tendineuse fut également excisée par M. Phillips, et lorsque je l'examinai entre mes doigts, je lui trouvai plus de deux millimètres d'étendue. Il s'écoula à peine une gouttelette de sang pendant tout le temps de l'opération. Les instruments et les ophthalmostats furent aussitôt enlevés, et la direction de l'œil ne laissait reconnaître aucune amélioration. M. Phillips était d'avis d'attendre un redressement consécutif, en me citant l'exemple d'un autre opéré, M. Larsoneur, lieutenant au 39e de ligne, qui, affecté de strabisme double divergent, offrait avec le mien la plus grande analogie, et dont la guérison n'eut lieu que consécutivement à une seconde opération qui fut pratiquée le 22 avril 1841 sur l'œil droit. Ce fut dans cette conjoncture que M. Bouvier proposa à M. Phillips et à moi de poursuivre l'opération pour pratiquer la division de l'aponévrose ; j'insistai pour qu'il en fût ainsi. La seconde application des ophthalmostats fut beaucoup moins douloureuse que la première. Une seule airigne a suffi pour tirer légèrement l'œil gauche en dedans. Dès que les ciseaux eurent achevé la division de l'aponévrose en bas, l'œil cessa de diverger, et les mouvements, d'abduction restèrent incomplets. Le succès de l'opération fut déclaré immédiat, et depuis il ne s'est pas démenti.

« Des compresses imbibées d'eau fraîche et des affusions froides faites avec une éponge furent renouvelées fréquemment pendant les premières vingt-quatre heures. La diète fut observée. Le jour même, je pus vaquer à mes occupations de cabinet, recevoir plusieurs personnes à ma consultation. La douleur n'avait rien que de très-supportable; de temps à autre quelques élancements fugi-

tifs se faisaient sentir au niveau de l'angle orbitaire externe gauche. La nuit fut parfaitement tranquille et permit un sommeil complet. Deux pédiluves furent pris dans les vingt-quatre heures, ainsi qu'un purgatif salin le lendemain de l'opération. Je pus écrire plusieurs lettres dans la journée en me servant seulement de l'œil droit. Une ecchymose s'étendait sur presque toute la partie latérale gauche de l'œil opéré. Le troisième jour, je fis usage d'un collyre contenant un décigramme de sulfate de zinc pour soixante grammes d'eau de roses et quatre gouttes de laudanum de Rousseau. Dès le troisième jour, les douleurs furent nulles, si ce n'est lorsque je pressais sur la paupière supérieure gauche.

« L'œil, examiné à plusieurs reprises par MM. Bouvier, Phillips, Bonnet (de Lyon) et par un grand nombre d'autres, a toujours conservé le bénéfice de l'opération qui date déjà de seize mois. La vue reste également très-bonne et sous aucun rapport ne laisse rien à désisrer.

« Que M. Phillips reçoive ici le témoignage de ma reconnaissance bien sentie ! »

M. le docteur Paul a publié une brochure intitulée : *Compte-rendu de cent quatre-vingt-cinq opérations de strabisme pratiquées à Nancy par le docteur Carron du Villards* (1). Sur ces 185 opérations, il y a eu 175 succès absolus, 8 demi-succès et 2 insuccès seulement. « Jusqu'à ce jour, dit M. Paul, il n'y a pas eu de récidive, et nous nions toute possibilité de *récidive*, si ce n'est lorsque le muscle n'a pas été exactement ou complétement coupé. Sur le nombre total des opérations,

(1) Nancy, 1842, in-8° de 14 pages.

l'on a été obligé, chez trois individus seulement, de rechercher, le lendemain de l'opération, une petite portion musculaire qui avait échappé à la section et qui empêchait une rectitude absolue. Les deux insuccès se sont rencontrés sur une femme de 48 ans et sur un adulte indocile qui n'a pas voulu laisser continuer l'opération.

« Le nombre de 185 était composé de 100 femmes et de 85 hommes. Parmi les hommes, nous trouvons 5 soldats et sous-officiers du 52e de ligne, 3 séminaristes, 31 artisans adultes, 21 cultivateurs et 27 enfants au-dessus de sept ans ; 8 de ces enfants appartenaient aux écoles primaires et à celles des R. R. Frères de la doctrine chrétienne ; 11 enfants de la banlieue et 8 enfants en apprentissage chez divers artisans formaient le nombre total 27.

« Les 100 femmes, âgées de dix à quarante-huit ans, doivent être classées dans l'ordre suivant : 3 provenaient de la maison des jeunes orphelines, 2 de l'hôpital de Toul, 3 de la congrégation des dames de la doctrine chrétienne, 4 des écoles chrétiennes, 27 de la campagne, étaient des ouvrières de divers états. Parmi ces dernières, 4 étaient complétement privées de la vue de l'œil opéré; malgré cela l'opération les a débarrassées d'une difformité très-mal supportée par les femmes. Sous le rapport du siége de la maladie, nous trouvons 89 strabismes convergents (ou en dedans) de l'œil droit, 50 siégeant sur l'œil gauche et convergents en dedans, 14 strabismes divergents (ou en dehors), et tous situés sur l'œil droit, enfin un double strabisme en dehors, le premier qu'ait observé M. Carron du Villards.

« En tenant compte des causes productrices, nous avons reconnu 60 strabismes survenus dans les

premiers mois de la vie et improprement appelés de naissance, 10 par imitation ou mauvaises habitudes de regarder, 40 par suite de convulsions provenant de la dentition ou de fièvre cérébrale, 73 à la suite d'ophthalmies longues et rebelles et presque toujours de nature scrofuleuse, 2 enfin par suite de chutes. Ainsi, comme on le voit, les ophthalmies scrofuleuses, rebelles ou imparfaitetement combattues, sont une cause très-fréquente de strabisme. Sur le nombre total 80 ne pouvaient pas lire, 73 ont recouvré cette faculté après l'opération. »

M. Carron du Villards se sert, pour écarter les paupières, du dilatateur dit de Kelley-Snowden, décrit par M. Van den Broek, dans les *Annales d'Oculistique*, juin 1842, p. 135. Il place le malade dans une position telle qu'il ne peut faire aucun mouvement capable de gêner l'opérateur et de compromettre l'opération. On n'emploie pour cela ni lit, ni liens, ni aucun moyen de contention : il suffit seulement de faire asseoir le malade sur une chaise et de lui faire tenir les deux pieds sur une autre chaise de la même hauteur que celle sur laquelle il est assis. Privé de tout appui, le patient ne peut faire aucun mouvement de nature à compromettre son organe ou son opération.

M. Paul décrit ainsi (p. 6) le procédé opératoire suivi par M. Carron du Villards :

« Le malade étant placé sur deux chaises, comme nous l'avons dit plus haut, et les paupières étant fixées par un dilatateur mobile et à ressort, M. Carron du Villards, au moyen d'une airigine très-fine et d'une pince à dents de souris, forme un repli transversal à la conjonctive, qu'il ouvre d'un coup de ciseaux ou de bistouri ; mais il

préfère le premier instrument. Presque toujours du premier coup, il arrive sur le muscle, qu'il soulève avec un crochet mousse, et qu'il incise, sans provoquer de perte de substance. A peine ce muscle est-il incisé, que l'œil se redresse ; on porte le crochet une seconde fois, pour s'assurer qu'aucune de ses fibres n'a échappé ; on enlève le contentif et l'opération est terminée.

« Comme l'on voit, M. Carron du Villards évite tout décollement ou éraillement de la conjonctive; il ne la taillade point comme Dieffenbach et ses imitateurs, pratique presque toujours suivie d'accidents et de diverses difformités. »

Les considérations qui suivent, sur l'influence de l'opération du strabisme, sont extraites d'un mémoire lu par M. Carron du Villards, en avril 1842, à la Société de médecine de la Moselle (1) :

« La contracture des muscles qui dévie l'œil, en rendant celui-ci très-peu propre, et souvent tout à fait impropre à remplir ses fonctions, place ceux qui louchent dans des conditions presque analogues à celles des individus borgnes, ou privés d'un œil. Or, vous le savez aussi bien que moi, si la dualité de l'organe oculaire n'est pas indispensable à l'existence de l'individu, elle l'est du moins pour l'accomplissement exact et régulier des actes divers qui dérivent de l'existence.

« En comparant à un homme privé d'un œil, celui qui est fortement strabique, je ne m'écarte en rien de la vérité, tout en ayant l'air d'avancer un paradoxe. Pour ne pas vous reporter trop loin, Messieurs, je tirerai des

---

(1) MM. Puel et Maillot ont reproduit une partie de ce travail dans leur *Aide mémoire des chirurgiens et médecins militaires*.

conclusions favorables à ma proposition, de ce que sur les 185 opérations de strabisme que je viens de pratiquer à Nancy, 115 sujets n'y voyaient pas ou presque pas de l'œil dévié, chez tous il y avait impossibilité de lire à plus de 1 à 4 pouces de distance : chez tous impossibilité de porter l'œil en dehors, et par conséquent obstacle invincible à la vision en dehors, sans tourner la tète fortement en sens opposé à la rétraction : chez tous vision très-obscure, ou presque nulle, à une certaine distance; chez tous il y avait une inclinaison marquée de la tête, dans le sens de la déviation, au point que chez plusieurs j'ai pensé devoir recourir plutôt à la section d'un ou plusieurs faisceaux tendineux du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Eh bien! Messieurs, vous trouverez toutes ces imperfections chez les individus privés d'un œil.

« Maintenant, Messieurs, après avoir signalé l'imperfection physique, permettez-moi de fixer votre attention sur l'influence qu'elle peut exercer sur l'exercice de quelques professions. Les premiers opérés à Nancy étaient des soldats du 52e régiment de ligne. Examinons d'abord les empêchements que le strabisme apporte à l'accomplissement des fonctions du fantassin. Mais avant de passer à cet examen, permettez moi de vous signaler un fait étrange dans les ordonnances et les réglements qui régissent le recrutement : On accepte comme soldat, *réquis ou servant pour son propre compte, tout individu atteint de strabisme*, et l'on refuse *comme remplaçant, ou comme engagé volontaire*, celui qui porte cette difformité.

« Revenons au fantassin, au sujet duquel je pose la formule suivante : tout individu fortement strabique de l'œil droit *est impropre au service de l'infanterie*. En effet, tout fantassin ne pouvant ajuster son arme n'est qu'un soldat imparfait. Cette imperfection est d'autant

plus grande, qu'on l'oblige à faire des feux obliques dans le sens opposé de son infirmité; car, dans les feux directs, en fermant l'œil gauche, il peut bien ramener son œil droit dans la direction centrale pour quelques instants seulement, tandis qu'il ne le porte que difficilement en dehors.

« *Q*uatre soldats, un caporal et un sergent du 52e régiment de ligne, ne touchaient point la cible, en épaulant à droite, comme le veut la théorie, mais en changeant d'épaulement et d'œil, ils pouvaient même faire de beaux coups. J'ai observé des faits semblables chez des soldats du 20e régiment de ligne, que j'ai opérés à Blois. Voici un nouveau fait tiré d'une opération faite à Vendôme. Antoine X*** rentier, chasseur déterminé, a fait, à l'âge de 28 ans, une chute de cheval suivie de phénomènes cérébraux pendant la durée desquels il s'est manifesté une violente contraction du muscle droit interne et partant un strabisme convergent très-prononcé. Aussitôt après la cessation des symptômes cérébraux, M. X*** essaya de redresser son œil par l'usage de lunettes appropriées; vain espoir, l'œil resta tourné au grand angle : M. X*** veut ajuster son fusil, il ne le peut : force lui est de s'exercer à tirer à gauche. Après de nombreux essais suivis avec persévérance, M. X*** acquiert la facilité de tirer à gauche. Je l'opère du strabisme, l'œil reprend non seulement sa rectitude normale, mais encore sa puissance première.

« Si du fantassin l'on passe au cavalier, nous observerons que le strabisme très-prononcé en dehors ou en dedans, à droite, produit les mêmes inconvénients que chez le fantassin. Lorsque le strabisme est fortement convergent à gauche, le soldat est obligé de se servir de l'œil droit *pour remettre le sabre dans le fourreau*, il se porte fortement sur la partie gauche, il perd non seulement

son allignement, mais encore si son cheval est *sensible sur ses aides*, il se porte rapidement à droite, et refoule son voisin du même côté. J'ai bien pu me rendre raison de ce fait, sur huit cuirassiers du 3_e régiment que j'ai soumis à la ténotomie oculaire. Un d'eux était un maréchal-des-logis dont l'infirmité fut cause qn'un de ses subordonnés passa au conseil de guerre ; car, dans l'état d'ivresse, il porta un violent coup de poing au nommé Miolla qui le conduisait à la salle de police, en lui disant *voilà pour vous redresser l'œil et vous empêcher de me regarder de travers*.

« Barbier âgé de 26 ans, est armurier distingué à Blois : depuis son bas âge il est fortement strabique, et ne se sert pas de son œil droit. C'est avec l'œil gauche qu'il monte et ajuste les fusils doubles ou simples avec lesquels doivent tirer les droitiers. Rien ne manque au fini et au confortable de l'arme, mais son travail manque de justesse, surtout pour les armes carabinées. Barbier répond, en faisant de beaux coups de tir, mais il tire à gauche, et les propriétaires de l'arme obtiennent des résultats analogues, en épaulant du même côté ; l'armurier ne tarde pas à se convaincre que son œil droit étant inhabile au dressement des canons, ses armes ne sont parfaites que pour des gauchers ; il pense que l'opération du strabisme pourra lui rendre l'exercice de son œil : je l'opère et quinze jours après, il corrigeait les imperfections des armes faites et se trouvait en mesure de ne plus tomber dans le même défaut. Je tiens à la disposition des curieux des armes de précision fabriquées par lui, qui consacrent ce fait, *par une inscription qu'il a gravée sur le canon*.

« Desprez, Louis-Joachim, de Vendome, âgé de 26 ans, serrurier déclare qu'il lui est presque impossible de forger une barre de fer droite, sans fermer com-

plétement l'œil droit qui est fortement strabique : pour dresser à la lime, il éprouve les mêmes inconvénients. Je l'opère du strabisme, et dès sa guérison absolue, il s'est servi de l'œil droit en même temps que de l'œil gauche.

« Willaume, Jean Baptiste, de Nancy, âgé de 17 ans, est atteint d'un double strabisme congénital très-prononcé; il est apprenti imprimeur sur mousseline, et éprouve une raideur très-pénible dans les yeux; lorsqu'il veut ajuster les papiers à imprimer sur les étoffes, il lui faut trois fois plus de temps qu'à ses camarades. L'opération du strabisme, pratiquée sur les deux yeux, à 12 jours de distance, le rend aussi habile que tout autre dans l'ajustement des modèles. »

a) *Myotomie sous-conjonctivale.* — M. Jules Guérin a publié dans sa *Gazette médicale* (1842, janvier et février) un long mémoire sur les principes et les moyens d'exécution de la méthode sous-conjonctivale. L'analyse suivante de ce travail est extraite de l'*Examinateur médical* (juin 1842) :

« Les principes généraux de cette méthode sont ceux de la méthode sous-cutanée proprement dite, c'est-à-dire qu'ils consistent à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuse et muqueuse qui les recouvrent, et à l'abri du contact de l'air. Mais le but, le moyen et les résultats de cette méthode reçoivent quelques modifications des dispositions anatomiques des parties sur lesquelles elle est appliquée. Ces dispositions sont relatives aux enveloppes fibreuses de l'œil et au système musculaire.

« La description que donne l'auteur des enveloppes fibreuses de l'œil est la plus complète qui ait été faite jusqu'ici. Suivant lui, on doit les diviser en deux por-

tions : une portion oculaire, et une portion palpébrale.

« La portion oculaire se compose de deux feuillets ; l'un superficiel et l'autre profond, lesquels peuvent être eux-mêmes dédoublés en deux lamelles réunies par du tissu cellulaire.

« Le feuillet superficiel s'insère à tout le pourtour du bord antérieur de la sclérotique où il est recouvert immédiatement par la conjonctive. D'abord peu apparent et consistant en un tissu cellulaire mince et dense, adhérant à la surface de la sclérotique avec laquelle il se confond, il devient très-distinct et acquiert de l'épaisseur et la véritable consistance fibreuse à 2 ou 3 millimètres de la cornée transparente. A ce point, les deux lamelles qui composent ce feuillet se dédoublent, et il en résulte : deux expansions séparées, l'une *directe*, qui continue à se porter vers le fond de l'orbite, l'autre *réfléchie*, qui se dirige vers les paupières.

« *L'expansion directe* rencontre d'abord les insertions des quatres muscles droits qu'elle recouvre ; puis se prolongeant jusqu'au fond de l'orbite où elle se perd autour des insertions des muscles droits, elle forme ainsi à ces muscles et à toutes les parties molles situées dans les intervalles de ces derniers, un surtout aponévrotique. Cette expansion, considérée sur le trajet des muscles droits, est d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions les plus antérieures.

« *L'expansion réfléchie*, née, comme nous l'avons dit, à 2 ou 3 millimètres du bord de la cornée transparente, du dédoublement du feuillet superficiel, se porte d'abord d'une certaine quantité d'avant en arrière, puis se replie sur elle-même en avant, et se dirige, recouverte par la conjonctive, jusque dans l'épaisseur des paupières où elle tapisse la face interne du muscle orbiculaire, et va enfin se confondre avec l'origine de la portion palpé-

brale du fascia, près du bord libre des paupières en avant du cartilage tarse.

« Le *feuillet profond* de la portion oculaire du fascia sous-conjonctival naît immédiatement en arrière des insertions des quatre muscles droits. Il ne consiste alors qu'en un tissu cellulaire très-ténu et très-lâche, à peine apparent, et adhérant à la surface sclérotidienne. A 4 millimètres de la naissance des muscles, et à 6 ou 7 millimètres du bord de la cornée, il devient plus épais et plus résistant. En ce point, les deux lamelles qui le composent se dédoublent comme celles du feuillet superficiel. L'une de ces lamelles continue à adhérer à toute la partie postérieure du globe oculaire, au moyen d'un tissu cellulaire fin et très-lâche, et lui forme ainsi une enveloppe propre et immédiate, qui peut jouer à un certain point sur la surface profonde des muscles droits qu'elle tapisse ou double dans toute leur longueur. L'autre quitte cette surface, se rapproche de la face profonde des muscles droits qu'elle tapisse ou double dans toute leur longueur. Elle se confond, dans les intervalles qui les séparent les unes des autres, avec le feuillet superficiel, et va se perdre avec lui dans les attaches orbitaires des muscles droits. Cette lamelle, à l'inverse de la lamelle correspondante du feuillet superficiel, devient d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions plus postérieures.

« En vertu de ces dispositions, les quatre muscles droits sont logés entre deux feuillets qui leur forment, dans presque toute leur étendue, une véritable gaîne. Ces gaînes, incomplètes en avant, et remplacées plutôt en ce point par un espace auquel l'auteur a donné le nom de *loge musculaire*, ne sont pas fermées vers les deux bouts de chacun des muscles qu'elles enveloppent par des cloisons latérales, mais seulement par l'adosse-

ment et la réunion de leur paroi superficielle et de leur paroi profonde.

« En outre, dans le point où le tendon du muscle grand oblique pénètre sous le droit supérieur pour se terminer à la sclérotique, le feuillet profond de la gaîne de ce dernier muscle offre un dédoublement pour embrasser le tendon du grand oblique, et lui former une gaîne propre qui remonte ensuite, et se prolonge sur toute la longueur du muscle.

« C'est de la même manière, par un dédoublement de la gaîne du muscle droit inférieur, que le petit oblique se trouve enveloppé d'un double feuillet qui lui forme une gaîne particulière. Mais par cela même que le petit oblique, au lieu de passer, comme le grand oblique, sous le muscle droit correspondant, passe au contraire entre ce muscle et les parois de l'orbite, il reçoit ses lamelles d'enveloppe, non du feuillet profond, mais du feuillet superficiel de la gaîne du droit inférieur.

« La portion palpébrale du fascia naît, comme nous l'avons dit, en avant du cartilage tarse, dans l'épaisseur du bord libre des paupières où elle se confond avec l'expansion réfléchie de la portion oculaire. Les dispositions qu'elle présente ne sont pas exactement les mêmes à la paupière supérieure et à la paupière inférieure.

« A la paupière supérieure, partent, du point que nous venons d'indiquer, trois feuillets superposés qui, d'abord confondus avec le tissu cellulaire palpébral, deviennent plus distincts à quelque distance du bord orbitaire du cartilage tarse. Les deux feuillets inférieurs reçoivent dans leur écartement le muscle élévateur des paupières et lui forment une gaîne analogue à celles des muscles droits. Il y a pourtant sous ce rapport quelques différences. Ainsi, la partie antérieure de l'élévateur

n'est pas contenue dans un espace libre comme celle des muscles droits ; sa gaîne l'enveloppe dans toute sa longueur, depuis son insertion palpébrale jusqu'à son insertion orbitaire. Ainsi encore, les deux feuillets qui la constituent n'offrent pas une diminution graduelle d'épaisseur et de consistance dans un sens inverse l'un de l'autre, mais s'amincissent simultanément et uniformément de leur partie antérieure à leur partie postérieure, de manière à ne présenter plus, près de l'insertion orbitaire du muscle, qu'une pellicule très-fine et facile à déchirer. Le feuillet le plus élevé, ou troisième feuillet, se réfléchit sur la face postérieure du muscle orbiculaire des paupières, puis l'abandonne presque aussitôt pour se porter directement vers le périoste qu'il rejoint au niveau du rebord de l'orbite et avec lequel il se confond. En bas, le troisième feuillet existe seul, et a la même disposition que le feuillet correspondant de la paupière supérieure.

« Nous n'insisterons pas sur la partie du travail de M. Guérin, qui a trait aux dispositions des muscles de l'œil et à leurs fonctions, ses opinions à ce sujet ayant été longuement exposées, d'après une conférence de l'auteur lui-même, dans le tome 1er de *L'Examinateur médical*, nos 5, 7 et 8 (1).

« La méthode sous-conjonctivale comprend deux procédés : le procédé *par dissection* et le procédé *par ponction;* nous ne pouvons entrer dans la description des instruments nécessaires à l'exécution de ces deux procédés. Tout le monde connaît aujourd'hui le perfo-

---

(1) Voir ce travail de M. Guérin, *Annales d'Oculistique*, t. V, p. 203, et ib., 1er volume supplémentaire, p. 202-219.

rateur et le myotôme coudé de M. Guérin. Nous passerons également sous silence des remarques fort utiles cependant, et communes aux deux procédés, sur la position du malade, sur le soulèvement et le refoulement des paupières, sur l'accrochement de l'œil par l'opérateur. Nous ne nous arrêterons qu'à celles qui sont relatives à la formation du pli des membranes oculaires, à la base duquel devra plonger le perforateur, s'il s'agit du procédé par ponction; on commence la dissection avec les ciseaux, s'il s'agit du procédé par dissection. Pour former ce pli, l'aide applique une airigne à environ 5 millimètres de celle qui maintient le globe oculaire en position, *et à 5 ou 6 millimètres en dehors du muscle à diviser, du côté correspondant à la droite de l'opérateur*. Il soulève en ce point les membranes de manière à faire correspondre le pli soulevé au niveau de la paroi latérale de la loge musculaire.

« Voici maintenant les particularités propres à chacun des deux procédés. Nous les donnons en détail, parceque c'est la première fois que l'auteur donne de ses procédés une description complète.

« Le premier procédé, ou procédé par dissection, s'exécute de la manière suivante:

« La concavité des ciseaux étant tournée du côté du globe oculaire, on incise du premier coup toute l'étendue du pli à sa base; on traverse le feuillet superficiel du fascia, on prolonge horizontalement l'incision vers la loge musculaire, en suivant le plus près possible, la ligne d'insertion des membranes à l'œil. L'incision étant complétée, l'aide applique l'airigne à la partie moyenne du bord du lambeau, l'attire à lui et le renverse en dehors. On achève ensuite la dénudation du muscle avec la pointe des ciseaux, en le dégageant des lamelles celluleuses qui le recouvrent, et l'on divise complétement

les deux cloisonnements de la loge, formés par les replis de la gaîne.

« Le muscle étant mis à découvert dans toute la portion comprise entre son insertion oculaire et l'orifice de la gaîne, on glisse de droite à gauche la branche courbe des ciseaux, entre le globe oculaire et le muscle, à 7 ou 8 millimètres de l'insertion de ce dernier. Suivant que l'on veut diviser ou conserver la paroi profonde de la gaîne, on la soulève avec le muscle sur la branche des ciseaux, ou bien on engage cette dernière entre elle et le globe oculaire. Il est indispensable que la pointe de la branche sur laquelle le muscle est soulevé, dépasse d'une certaine quantité le bord du côté opposé. On fait ensuite exécuter à la même branche un léger mouvement de va et vient entre le muscle et le globe oculaire, dans le but d'achever de décoller le muscle de la paroi profonde de la gaîne, ou celle-ci du globe de l'œil, et l'on achève la section le plus loin possible de l'insertion antérieure du muscle, c'est-à-dire de la plaie extérieure du fascia. Quoiqu'il soit souvent utile de conserver le feuillet profond de la gaîne musculaire, on ne réussit pas toujours à ne pas le comprendre dans le soulèvement du muscle. Si, malgré toute précaution, il se trouvait divisé avec le muscle, il faudrait se garder d'en prolonger la section sur les côtés en prenant le reste du feuillet pour des fibres musculaires non divisées. Pour éviter cette méprise, tout en s'assurant qu'il ne reste plus de fibres musculaires à diviser, on soulève le tronçon antérieur et on râcle la surface du fascia en un point plus élevé que le siége de la plaie. A la fin de l'opération, on replace, en l'aplatissant contre le globe oculaire, avec l'extrémité mousse des ciseaux, le tronçon antérieur du muscle, de manière à le maintenir dans la direction du tronçon postérieur; enfin, on réapplique

contre l'œil le feuillet détaché du fascia et de la conjonctive, en faisant correspondre, autant que possible, les deux bords de l'incision, dans le but d'obtenir, quand l'écartement de ces bords n'est pas indispensable, la cicatrisation des parties avec la plus petite étendue de plaie possible.

« Il est quelquefois difficile de maintenir le lambeau du fascia appliqué sur le tronçon antérieur du muscle, soit à cause de l'étendue de l'incision, soit à cause du raccourcissement des membranes; on obvie à cet inconvénient au moyen de deux petits points de suture passés dans les bords correspondants de la plaie, à trois ou quatre millimètres l'un de l'autre; car ce qui caractérise essentiellement ce procédé et permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, c'est que la plaie musculaire est toujours recouverte après l'opération par le lambeau du fascia et protégée par lui pendant le travail de cicatrisation.

« Le second procédé ou procédé par ponction, s'exécute de la manière suivante: le pli du fascia étant fait et l'œil accroché avec les précautions particulières que nous avons indiquées pour ce second procédé, on plonge à la base du pli le perforateur, la convexité de l'instrument tournée du côté de l'œil; on l'enfonce jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation d'une résistance vaincue, c'est-à-dire qu'on ait traversé complétement les deux feuillets du fascia. L'instrument doit être dirigé tangentiellement au globe oculaire, en suivant une ligne intermédiaire à l'horizontale et la verticale, ceci pour éviter de rester dans l'épaisseur du fascia, et de laisser intact son feuillet profond. Quand on s'est bien assuré qu'on a traversé toute l'épaisseur des membranes, on fait décrire à la pointe de l'instrument un petit mouvement de déviation latérale dans les deux sens, afin de

détruire le cloisonnement correspondant de la loge musculaire et d'agrandir ainsi l'espace sous-conjonctival dans lequel le myotome doit être engagé.

« En place de la ponction faite par le perforateur, on peut pratiquer une petite ouverture au pli du fascia avec des ciseaux, en s'assurant que ses différentes lamelles ont été complétement traversées. Dans ce cas, la forme du pli doit être un peu modifiée; on le fait moins large, et l'on dirige un de ses angles en avant. L'ouverture par les ciseaux est, en général, plus étendue et moins régulière; mais elle peut offrir plus de certitude et de sécurité aux personnes qui débutent dans l'emploi de cette méthode; car, avec les extrémités mousses des ciseaux, on peut pénétrer hardiment jusqu'à la surface de la sclérotique et ne laisser par conséquent aucune chance de division incomplète des lamelles aponévrotiques.

« Après ce premier temps de l'opération, l'aide continue à tendre le pli du fascia, de manière à tenir béante l'ouverture de la plaie, et en laisser voir le fond. On introduit le myotome coudé; l'instrument est tenu entre le pouce et les deux premiers doigts, comme pour faire une ponction verticale, le tranchant en dehors, et le dos de la lame correspondant au bord du muscle à diviser; dans cette position, le premier coude de l'instrument (celui de la lame avec la tige) répond au globe oculaire, et le second coude au rebord orbitaire. La lame de l'instrument est donc introduite verticalement à travers l'ouverture du fascia. Lorsqu'elle a pénétré aux trois quarts environ de sa longueur, on lui fait décrire un petit mouvement de déviation en dehors du muscle, de manière à porter son extrémité à quelque distance du bord de ce dernier. Alors, suivant que l'on veut diviser le muscle principalement, ou suivant qu'on

veut comprendre dans la section la gaine musculaire et toute l'épaisseur du fascia, dans une certaine étendue, la section a lieu, pour le premier cas, dans un point plus superficiel ou antérieur, et, pour le second, dans un point plus profond ou postérieur. On comprend, en effet, qu'il est plus facile d'atteindre une plus grande partie du fascia, là où il est étendu sur une plus grande surface, c'est-à-dire en avant. Dans les deux cas, l'instrument est glissé sous le muscle, à trois ou quatre millimètres de la plaie extérieure; après quoi on le fait descendre plus profondément ou on le relève, suivant le point où l'on veut opérer la section. On exécute ce temps du procédé, en abaissant le manche de l'instrument; il faut avoir soin de porter en même temps d'une petite quantité l'extrémité de la lame vers le globe oculaire. Ce dernier mouvement est indispensable pour éviter de passer au-devant du muscle, ou d'engager l'instrument dans l'épaisseur de ses fibres. On fait pénétrer la lame du myotome jusqu'au-delà du bord opposé du muscle. Pour s'assurer que celui-ci a été entièrement soulevé et dépassé par l'instrument, on fait exécuter à la lame de petits mouvements de glissement sur le globe de l'œil, dans le sens vertical, entre le muscle et l'œil. La lame de l'instrument étant ainsi complétement abaissée, et en contact immédiat avec la sclérotique, on fait décrire au manche un mouvement de révolution sur son axe, qui a pour effet de présenter le tranchant de la lame au muscle. Arrivé à ce moment du procédé, l'opérateur tenant toujours de la main gauche l'airigne implantée dans la sclérotique, la tire d'arrière en avant et assez fortement pour produire la tension des parties à diviser. Cette précaution est tout à fait indispensable au succès de l'opération; car le moindre relâchement des tissus amortirait l'action tranchante de

l'instrument. Au même moment, on exécute avec ce dernier des mouvements de scie contre le muscle, et la division en est opérée instantanément.

« Les deux procédés que nous venons de décrire sont applicables à tous les muscles droits; mais les dispositions particulières des muscles obliques ne permettent que l'emploi du procédé par dissection, légèrement modifié, dans son exécution, suivant qu'il s'agit de l'oblique supérieur ou de l'oblique inférieur. Pour le premier, l'airigne avec laquelle l'opérateur accroche la sclérotique est implantée vers le milieu de la ligne qui joindrait l'insertion du droit supérieur à celle du droit interne.

« Le pli des membranes est fait directement au-dessus, à la distance de 5 millim. Il faut se rappeler ici qu'on n'arrive à l'oblique qu'après avoir divisé la paroi profonde du droit supérieur ; on le soulève avec le crochet et on le divise avec des ciseaux. Pour le petit oblique, on peut faire la section, ou bien avant son passage sous le droit inférieur, ou bien après. Dans le premier cas, implantation de l'airigne dans la sclérotique, au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit interne; formation du pli sur la portion du fascia qui touche au cartilage tarse et sur la ligne même qui précède immédiatement le bord palpébral de ce dernier. Dans le second cas, implantation de l'airigne dans la sclérotique au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit externe; formation du pli en face de ces points et à 5 ou 6 millim. plus en arrière.

« Tels sont les différents procédés qui composent la méthode sous-conjonctivale.

« M. J. Guérin fonde les indications de la méthode sous conjonctivale :

1° sur la nature de la cause; 2° sur ses différents modes d'action; 3° sur ses variations de distribution; 4° sur

le degré de la difformité ; 5° sur son degré d'ancienneté. Les éléments anatomiques en lesquels se résolvent ces diverses conditions sont la rétraction primitive des muscles ou des fascias de l'œil, le retrait consécutif des mêmes tissus ou autres parties molles, et l'allongement et l'affaiblissement permanents.

1° *Nature de la cause.* L'auteur rappelle la distinction qu'il a établie depuis longtemps entre le strabisme *mécanique* uniquement produit par la brièveté primitive des muscles et des membranes, et le strabisme *optique* dans lequel un obstacle au passage des rayons lumineux s'étant formé sur le trajet de l'axe oculaire, l'œil se dévie, pour les besoins de la vision, de manière à présenter aux rayons des parties transparentes. Dans la première espèce, la myotomie est toujours plus ou moins applicable, et dans l'autre, elle ne l'est jamais que comme moyen accessoire, dans des cas que l'auteur n'indique pas.

« 2° *Modes de la rétraction.* Jusqu'ici, les différents états par lesquels passe un muscle avant d'arriver à la paralysie avaient été confondus. On leur appliquait indifféremment les noms de *contracture, contraction, rétraction, spasme, raccourcissement,* etc., etc. L'auteur distingue, au contraire, et précise ces différents états et les regarde comme autant d'expressions particulières d'une cause commune, mais diversifiée dans ses modes d'action, et c'est à ces états variés du muscle qu'il donne le nom de *modes de la rétraction.* Ces modes sont au nombre de cinq : 1° *la contracture* (simple plissement des fibres musculaires), elle peut être *temporaire* ou *fixe*, ou *chronique* ; 2° la *rétraction fixe* (c'est l'état du muscle contracturé guéri, mais resté court); 3° la *rétraction spasmodique* (contraction et relâchement alternatifs et involontaires). Ces alternatives peuvent ne se

succéder qu'à des intervalles plus ou moins longs, alors la rétraction spasmodique est intermittente, ou bien l'alternative est rapide et continue; alors la rétraction spasmodique est permanente ; 4° la rétraction paralytique (incertitude et irrégularité des contractions qui ne sont pas abolies, mais qui ne peuvent être dirigées par la volonté); 5° La *résolution paralytique*. Chacun de ces modes de la cause se traduit dans la difformité en caractères spéciaux. Dans la contraction simple, augmentation ou diminution du strabisme par intervalles. Dans la rétraction fixe, durée constante de la déviation oculaire et de la gêne du mouvement en sens opposé; cependant l'œil n'est jamais fixe dans sa position vicieuse, parce que les muscles droits s'insèrent presque parallèlement à l'axe antéro-postérieur de l'œil, le muscle raccourci, tiraillé par l'action de son antagoniste, s'applique d'abord contre la surface du globe oculaire, puis la déprime en forme de gouttière en refoulant les humeurs du côté opposé, se rapproche ainsi de la direction rectiligne et diminue d'autant les effets de son raccourcissement. Dans la forme *intermittente* de la rétraction spasmodique, strabisme passager survenant tout-à-coup et quelquefois pour un instant seulement. Dans la forme *permanente*, alternatives incessantes de déviation et de redressement incomplet, tremblement horizontal ou vertical de l'œil, ou autour de son axe antéro-postérieur. Dans la rétraction paralytique, mouvement conservé, mais en partie soustrait à l'influence directrice de la volonté. Dans la résolution paralytique, déviation de l'œil du côté opposé au muscle affecté, et impossibilité absolue de son mouvement dans le sens du redressement (fixité paralytique).

« Toutes ces distinctions non-seulement sont fondées en principes, mais sont encore d'une application féconde

dans la pratique. La contracture simple contre-indique, en général, l'emploi de la myotomie, parce qu'il est à craindre que l'affection nerveuse existante ne survive à la section du muscle et ne ramène la contracture après la cicatrisation. Dans le cas de résolution paralytique, il est évident aussi que la section du muscle qui entraîne l'œil et le maintient divisé ne pourrait rien changer à l'état des muscles paralysés. Mais la rétraction spasmodique ne contre-indique pas l'emploi de la myotomie; quoique le muscle soit encore sous l'influence d'une affection nerveuse, l'expérience a montré que les chances de récidive sont moindres que dans le cas de contracture. Dans la rétraction paralytique, la section des muscles amène le renversement de l'œil; mais les mouvements optiques de cet organe continuent d'ordinaire à être difficilement régularisés. Reste la rétraction fixe qui, dans tous les cas, constitue une indication formelle, absolue, de l'emploi de la myotomie. Enfin, une indication spéciale, relative seulement à la rétraction spasmodique intermittente, est que ce mode de rétraction n'entraînant pas le retrait consécutif du fascia, commande l'emploi du procédé *par ponction*, lequel permet de diviser les muscles en ménageant la presque totalité des membranes fibreuses.

« 3° *Différents modes de distribution de la rétraction.* — Ce mémoire ne traite encore que des modes de distribution de la rétraction fixe. Qu'elle occupe les muscles droits ou les muscles obliques, elle se révèle toujours dans le strabisme, par des caractères relatifs à la *direction*, à la *forme* et aux *mouvements* du globe oculaire.

« *Muscles droits*. La rétraction d'un ou de plusieurs muscles droits amène, comme tout le monde le sait, la *déviation* de l'œil *directement* en dedans, en dehors, en haut, en bas, ou dans des directions intermédiaires. Ce-

pendant M. Guérin fait remarquer que le strabisme direct en dedans pourrait aussi bien appartenir à la rétraction combinée des deux droits supérieur et inférieur et du droit interne qu'à la rétraction isolée de ce dernier. En effet, le droit supérieur et le droit inférieur simultanément contractés, peuvent jouer le rôle d'adducteurs, comme M. Guérin l'a établi dans des travaux antérieurement publiés.

« Les changements de *forme* du globe oculaire qui caractérisent les différents modes de distribution de la traction dans les muscles droits, consistent en des aplatissements et des bombements partiels accompagnés d'un certain degré d'enfoncement de l'œil dans l'orbite, et dont le siége varie suivant le siége de la rétraction. Quand la rétraction n'occupe qu'un seul muscle, la partie la plus saillante du bombement correspond à peu près au point de la sclérotique qui occupe dans la position habituelle de l'œil la place de la cornée transparente; l'aplatissement a lieu à l'opposite de ce point. Quand la rétraction occupe plusieurs muscles droits, les déformations précédentes sont plus marquées, plus circonscrites, et ont leur maximum d'intensité suivant la résultante d'action des efforts et résistances musculaires. Si les quatre muscles droits sont rétractés, la partie antérieure de l'œil déprimée sur les quatre côtés correspondants prend une forme quadrilatère ; la cornée devient très-saillante, et le centre de la saillie est au centre même de cette membrane ; c'est dans ces cas surtout qu'on observe l'enfoncement de l'œil dans l'orbite. Le *mouvement* de l'œil en sens inverse de la déviation est limité en proportion du nombre des muscles rétractés ; on a vu tout à l'heure qu'il n'est jamais complétement aboli ; mais un fait à signaler c'est que, dans les strabismes très-prononcés en dedans ou en dehors, avec rétraction combinée des

deux muscles droits supérieur et inférieur, de l'un des droits interne ou externe, le mouvement de redressement est extrêmement limité. La raison en est que les deux premiers muscles devenus adducteurs sont alors presque perpendiculaires au plan vertical antéro-postérieur de l'œil, et s'opposent ainsi presque directement au redressement.

« *Muscles obliques*. L'auteur n'a jamais constaté la rétraction exclusive d'un seul ou des deux obliques; il l'a toujours rencontrée associée à celle des droits. Il a vu la déviation de l'œil en haut et en dedans ; dans ces cas l'opération et ses résultats immédiats ont permis de constater expérimentalement la rétraction de l'oblique inférieur et du droit interne; la déviation en haut et en dehors dans la rétraction de l'oblique inférieur et du droit externe; la déviation directe en dehors dans la rétraction des deux obliques et du droit externe; une déviation très-prononcée dans le même sens dans la rétraction des deux obliques, des droits supérieur et inférieur et du droit externe; enfin, une déviation en dehors et en haut dans quelques cas analogues aux deux précédents, mais où il y avait prédominance d'action du droit supérieur dans un cas, et de l'oblique inférieur dans l'autre. — Les *changements de forme* du globe oculaire dans le strabisme par rétraction simultanée des muscles droits et obliques, consistent en ce que la partie antérieure du globe oculaire est plus ou moins aplatie au niveau du muscle ou des muscles droits situés du côté de la déviation, et de plus offre une saillie dont le point culminant est plus antérieur que dans le cas de rétraction exclusive d'un seul muscle droit, et moins central que dans le cas où tous les quatre sont rétractés. L'œil, au lieu d'être enfoncé dans l'orbite, est au contraire plus ou moins prédominent et volumineux. Quant

au mouvement dans le sens du redressement, il est toujours extrêmement limité; l'œil ne peut plus arriver même à la rectitude. Cela vient de ce que les muscles obliques retractés ont, par suite de la déviation, une direction plus ou moins perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de l'œil, et s'opposent ainsi presque directement au déplacement de l'œil en sens inverse de son action. Ajoutons que, pendant les efforts de redressement, l'œil exécute des mouvements de rotation autour de son axe antéro-postérieur, mouvements qui traduisent clairement la résistance apportée par les obliques à ce redressement. »

β.) *Suture de la conjonctive après l'opération du strabisme.*—La note suivante de M. Cunier, lue à l'Académie royale de Belgique, est extraite du *Bulletin* de cette Compagnie, années 1842-43, p. 158-164:

« J'ai eu l'honneur de donner communication à l'Académie et à l'Institut de France, par une lettre en date du 16 octobre 1841, d'un moyen que j'ai imaginé et que je mets en usage pour obvier à la saillie plus ou moins prononcée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'adducteur, dans le strabisme convergent.

« A l'aide d'une aiguille courbe, très-fine, disais-« je, je passe à travers la partie moyenne des deux « lambeaux de la conjonctive, un point de suture « que j'enlève dès le second ou le troisième jour, « l'adhérence au globe ayant lieu alors (1). »

---

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, octobre 1841, vol VI, p. 46; —*Gazette médicale de Paris*, 30 octobre 1841.—

« Cette description de la conduite que je tiens paraît n'avoir pas été bien comprise par quelques chirurgiens français, allemands, américains et anglais, qui ont voulu pratiquer la suture et l'ont proclamée impossible. D'autres, se fondant sur la prétendue facilité avec laquelle la conjonctive se déchire, ont aussi mis en doute la réalité de mes assertions.

« En présence de ces dénégations, de ces accusations, je dois à l'Académie, je me dois à moi-même, de compléter par de nouveaux détails ce que j'ai dit de la suture conjonctivale.

« Le procédé le plus généralement en usage, pour l'opération du strabisme, est celui de M. Dieffenbach. Ainsi que l'a si justement dit M. Ch. Phillips : « C'est « ce procédé qui a servi de base à tous les autres. « Le chirurgien de Berlin a, en effet, tout prévu : la « manière d'écarter les paupières, dont M. Stromeyer « n'a pas parlé, et qui a été cause des insuccès de « M. Fréd. Pauli (1) ; les deux airignes remplissant « l'office de doigts pour faire un pli à la conjonctive; « les ciseaux courbes, destinés à couper le muscle, « et enfin le crochet mousse qui va le saisir (2). »

« Je suppose donc que l'opération ait été pratiquée par ce procédé; que l'on se serve, pour écarter les paupières, du releveur et de l'abaisseur

---

Voir aussi dans l'*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, de Berlin, 1842, n° 5, mon article : *Ueber eine neue Anwendung der Myotomia ocularis, und über die Conjunctival-Nath nach der Operation des Schielens.*

(1) Et aussi des miens.

(2) Ch. Phillips. Du bégaiement et du strabisme, Paris, 1841, p. 35.

ou simplement de mon *speculum*, tel qu'il a été modifié par M. Kelley-Snowden.

« La section du muscle droit interne ayant eu lieu, et le débridement de la membrane fibreuse, que l'on aura pu juger nécessaire, ayant été opéré, je saisis de la main droite l'airigne interne, confiée à l'aide, et je la porte entre l'indicateur, le médius et le pouce de la main gauche, qui tiennent l'airigne externe. Les deux instruments se trouvent ainsi tenus parallèlement entre eux, et perpendiculairement à l'axe du corps; les bords des deux lambeaux de conjonctive, distants de 1 à 2 lignes au plus, sont maintenus à 2 ou 3 lignes de la sclérotique mise à nu.

« Prenant alors de la main droite une aiguille courbe très-fine, armée d'un morceau de fil gris, dit de Lille, je traverse le lambeau externe de dehors en dedans, à une demi-ligne sous l'implantation du crochet externe; j'engage la pointe dans la face interne du lambeau interne, à la même distance sous l'implantation du crochet interne. Dès que l'aiguille a pénétré de 2 ou 3 lignes au-delà de la face externe du lambeau interne, je dégage les deux airignes, j'en remets une à l'aide, je place le crochet de l'autre sous l'aiguille, de manière à faciliter le passage de cette dernière, qui est poussée en avant, jusqu'à ce que sa partie moyenne soit engagée; la saisissant alors vers la pointe, avec l'indicateur et le pouce de la main droite, je la tire dans la direction de l'angle externe de l'autre œil, jusqu'à ce que la pointe ait dépassé d'un pouce environ cette partie. M'étant débarrassé de l'airigne, dont le crochet appliqué sur la face externe de la conjonctive a formé obstacle, et a empêché la déchirure ou tout au moins le tiraillement de cette membrane, je vais prendre de la main gauche l'extrémité

libre du fil, et je forme avec l'autre extrémité fixée à l'aiguille et tenue de la main droite, un nœud double, que je serre modérément.

« Les deux extrémités du fil sont coupées à ras du nœud, et l'opération est terminée.

« La figure jointe à ma communication (1) facilitera l'intelligence des divers temps opératoires que je viens de décrire minutieusement.

« Suit-on la pratique de M. Carron du Villards; se sert-on, pour former le pli, d'une airigne implantée près de la cornée et d'une pince à dents de rat, placée près de la caroncule lacrymale : la suture est d'une exécution plus facile encore.

« Les deux lambeaux étant tendus, l'externe est traversé à une demi-ligne sous le crochet de l'airigne; la pointe de l'aiguille est ensuite engagée dans la portion du lambeau interne qui est tenue entre les branches de la pince, qui forme obstacle et permet de faire passer aisément le fil; la pince et l'airigne sont dégagées, et on forme le nœud.

« Ainsi que je l'ai écrit en 1841, le fil dont je me sers n'est point ciré; sa présence ne détermine dans l'œil aucune gène, aucune espèce de sensation. Dans le principe, je l'enlevais dès le second ou le troisième jour; depuis plus d'un an, j'attends qu'il se détache spontanément; ce qui a lieu du quatrième au septième jour. Parfois, il ne se détache qu'après dix, douze et même vingt jours, après que la rougeur traumatique du globe a déjà disparu.

« Lorsque deux ou trois muscles ont été divisés,

---

(1) Cette figure est reproduite fig. 5 de la planche annexée à ce volume.

j'ai placé impunément deux ou trois points de suture.

« J'ai cru devoir recommander de ne pas mettre les deux lambeaux en contact immédiat, craignant que cette pratique n'occasionnât la persistance du strabisme. L'expérience m'a appris que cet inconvénient, lorsqu'il a été observé, ne survenait point par l'effet de la suture, mais qu'il était uniquement dû à ce que l'on avait fait passer l'aiguille à une trop grande distance sous l'implantation des airignes. C'est cette observation qui m'a porté, plus tard, à combiner l'emploi de la suture avec l'excision d'un lambeau de conjonctive, pour remédier, dans quelques cas, au strabisme externe et à la proéminence du globe, suites de la section du droit interne (1).

« Si, en d'autres mains que les miennes, la suture n'a pas réalisé ce que j'en ai dit, c'est que la conjonctive aura été déchirée pendant l'introduction de l'aiguille, ou que l'œil n'ayant pas été immédiatement recouvert d'un bandeau, des mouvements violents d'abduction auront produit cette déchirure; ou bien encore que le fil aura été passé à une trop grande distance des bords des lambeaux de conjonctive (2).

« Plusieurs membres de l'Académie, MM. Broeckx, Burggraeve, De Lavacherie, François, Hairion,

---

(1) Voir ma lettre, en date du 15 novembre 1841, adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique : *Annales d'Oculistique*, tome VI, p. 95. — Voir aussi dans l'*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, de Berlin, 1842, n° 5, mon article cité plus haut.

(2) C'est ce qui paraît être arrivé à M. Peyré (*Traité du strabisme*, 1842).

Lequime, Phillips, Rieken, Van Meerbeéck, qui m'ont quelquefois fait l'honneur d'assister à ma consultation, m'ont vu pratiquer la suture conjonctivale. Je l'ai faite devant MM. les membres des Sociétés de médecine d'Anvers et de Willebroeck, et dans mon Institut ophthalmique, en présence de plus de cent médecins belges et étrangers, parmi lesquels je citerai MM. Vict. Uytterhoeven, Trumper, Bulckens (de Malines), Scherrer (de Baden-Baden), Carron du Villards, Paul, Van den Broek, etc. Un grand nombre de ces honorables confrères ont pu suivre les résultats de mon addition aux procédés ordinaires de la strabotomie. Je fais particulièrement appel au témoignage de M. le docteur Phillips, dont la compétence, dans la question que je soulève, sera reconnue de toute la Compagnie.

« Il est vrai que la suture prolonge l'opération de près d'une minute; mais elle met à néant le seul reproche grave et fondé qui ait été formulé contre la strabotomie : celui de produire fréquemment la saillie du globe. M. Bonnet (1) a noté cette saillie chez tous ses opérés : « Souvent, dit M. Velpeau (2), « elle est aussi choquante que le strabisme lui-« même. » A Paris et presque partout ailleurs, cette saillie, parfois si désagréable, a suffi pour faire tomber en discrédit une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

« J'ose espérer que l'Académie voudra bien nommer une commission chargée d'examiner la note dont je viens de donner lecture, aussi bien que les

---

(1) Traité des sections tendineuses, p. 152.
(2) Du strabisme, p. 80.

opérés que j'aurai l'honneur de lui présenter (1). »

7.) *Mode de cicatrisation des muscles de l'œil après l'opération du strabisme.*—M. Lucien Boyer a mis sous les yeux de l'Académie de médecine de Paris (séance du 20 décembre) une pièce d'anatomie pathologique qui présente la cicatrisation du muscle droit interne de l'œil, coupé dans l'opération du strabisme vingt-trois mois avant la mort :

«Une jeune fille de douze ans, affectée d'un strabisme convergent très-prononcé de l'œil droit, fut opérée par M. L. Boyer le 21 janvier 1841. Le résultat de l'opération fut une guérison prompte et complète ; l'œil reprit sa direction régulière et recouvra rapidement ses mouvements, ceux d'adduction eux-mêmes redevinrent complets, la cornée pouvant se porter jusque dans l'angle interne de l'œil. Ce résultat s'est parfaitement maintenu jusqu'au jour de la mort, qui a eu lieu le 17 décembre 1842, par suite d'une affection tuberculeuse dont les premiers symptômes ne se sont manifestés que dans le cours de cette année.

« Une circonstance remarquable de cette opération, qui a eu pour témoins MM. Breschet, Capuron, Amussat et plusieurs autres médecins, c'est que l'œil, avant l'opération, ne pouvait distinguer aucun objet, à tel point qu'un chirurgien très-compétent sur cette matière le considérait dès-lors comme amaurotique. Aussitôt après l'opération il a pu reconnaître une clef, une pièce de cinq francs et plusieurs autres objets. Cette faculté visuelle acquise par le bénéfice de l'opération s'est main-

---

(1) Cette note a été renvoyée à l'examen de la 3e section de l'Académie. Voir *Bulletin de l'Académie*, 1842-1843, n° 3; p. 164.

tenue jusqu'à la mort, et même a fait graduellement encore des progrès.

« Les deux yeux ont été préparés avec soin, afin que le gauche pût servir de terme de comparaison; on voit que le muscle coupé a contracté une nouvelle adhérence tendineuse très-solide avec le globe de l'œil. Ce tendon se fixe sur la sclérotique à 9 millimètres de distance de la cornée tandis que cette distance est de 7 millimètres pour le muscle qui n'a point été opéré.

« De plus, pour ce dernier, les fibres charnues se perdent graduellement dans la substance du tendon et sont encore perceptibles à 3 millimètres de l'insertion de la sclérotique, tandis que pour l'autre elles cessent toutes brusquement à la distance de 11 millimètres. Il n'y a aucune apparence musculeuse dans le tendon qui offre cette longueur. Il est donc bien évident que c'est un tendon de formation nouvelle, qui s'est organisé après l'opération et qui s'est fixé sur le globe de l'œil en arrière de son insertion primitive, qui a disparu.

« Déjà M. L. Boyer avait, le premier, présenté, le 12 janvier 1841, des pièces de pathologie expérimentale recueillies sur des animaux auxquels il avait pratiqué la section des muscles de l'œil, et qui démontraient cette disposition de la cicatrice tendineuse après l'opération. Une autopsie faite en Angleterre par M. Babington a offert des résultats identiques. Il en est de même d'une pièce présentée à l'Académie par M. Bouvier, et d'une autre qui se trouve entre les mains de M. Lenoir. Il est donc bien évident, que c'est là véritablement le procédé que la nature emploie dans tous les cas pour rétablir les fonctions du muscle après l'opération.

Remarquons que, dans ce cas, le résultat s'est maintenu pendant 23 mois; et qu'à la mort on a trouvé une disposition anatomique qui présente toutes les condi-

tions désirables d'organisation définitive. Il n'y a donc pas lieu de supposer qu'une épreuve plus prolongée eût pu être défavorable au résultat de l'opération. Ce fait est sous ce rapport encore conforme à l'expérience, aujourd'hui acquise, qui prouve que s'il a pu y avoir dans le principe des insuccès dus à des opérations incomplètes, trop étendues, ou pratiquées suivant des procédés défectueux, les guérisons obtenues se maintiennent jusqu'à ce jour sans récidive. (*Gazette des hopitaux*, 22 décembre, pag. 709.)

27. *Lésions mécaniques du globe de l'œil.*—Nous trouvons dans les *Archives générales de médecine*, (octobre 1842) l'observation suivante d'un corps étranger qui a séjourné pendant trois ans dans l'intérieur de l'œil :

Obs. — M. Beg.., chef d'atelier au chemin de fer de Versailles, aidait à enfoncer un coin en acier sur lequel on frappait avec un long marteau de fer, quand tout-à-coup il ressentit un choc violent dans l'œil, bientôt suivi d'un écoulement aqueux.

Le lendemain, la douleur persistant et la vue ne s'étant pas rétablie, il consulta M. le docteur Sichel, qui, après avoir constaté une perforation de la cornée, dit au blessé qu'il ne fallait plus compter sur le retour de la vue, et lui prescrivit un traitement antiphlogistique sévère pour prévenir les accidents inflammatoires qui, en effet, furent très-modérés. Six semaines après, environ, la cornée se cicatrisa, et la faculté que conservait M. Beg... de distinguer le jour de la nuit se perdit complétement au bout de dix-huit mois.

Pendant deux ans aucun accident ne s'était manifesté, lorsque, tout à coup, des douleurs atroces se développèrent dans l'œil et le côté correspondant de la tête : quatre jours s'étaient écoulés que déjà ces douleurs,

inutilement combattues par les sangsues et les narcotiques, se dissipèrent spontanément. A la fin de février 1842, trois ans et demi après l'accident, de nouvelles douleurs oculaires conduisirent M. Beg... chez le docteur Castelnau, qui constata une injection de la conjonctive et une saillie conoïde de la cornée parfaitement opaque. L'œil était affaissé comme s'il eût perdu une partie de ses humeurs. Le malade ne pouvait se coucher sur le côté droit, depuis quelque temps, sans éprouver des douleurs plus vives.

Nouveau traitement par les narcotiques et les réfrigérants, sans plus de succès que le premier. Augmentation de la rougeur et de la douleur; et, après quelques jours, on put voir au sommet de la saillie de la cornée un petit angle solide de consistance et d'aspect métalliques. L'extraction de ce corps, proposée au malade, ne fut acceptée qu'un peu plus tard. — Alors l'angle du corps étranger soulevait la paupière supérieure et faisait saillie d'une ligne sur la cornée, où il était enchâssé. Une incision d'une ligne de longueur fut pratiquée de chaque côté du corps étranger dans le but de détruire ses adhérences intimes avec les tissus environnants. La dissection avec un bistouri à lame étroite permit d'arriver jusqu'à la partie postérieure de ce corps, qu'on ne pouvait tirer en avant sans produire d'horribles douleurs. L'opérateur fut obligé de couper les adhérences postérieures avec des ciseaux courbes et pointus; et il fut alors facile d'extraire le corps étranger, qui était un fragment de fer ayant la forme d'un prisme triangulaire : sa longueur était de 13 millimètres; sa largeur de 3 millimètres, et son poids de 75 centigrammes; ses arrêtes et ses angles sont tous très-tranchants. — Les douleurs oculaires diminuèrent une heure après l'opération, et le travail de cicatrisation ne tarda pas à com-

bler l'excavation qu'occupait le corps étranger. — Aujourd'hui l'œil est affaissé, la cornée est d'un gris opaque, la sclérotique a conservé sa couleur naturelle.

Un matelot s'étant présenté chez le docteur Lallemant à Rio de Janeirio, (*Revista medica fluminense publicada pela Academia imperial de medicina de Rio de Janeiro*) pour réclamer ses soins pour une blessure de l'œil, ce médecin trouva le cristallin fixé au mouchoir qui couvrait la partie. L'œil n'était nullement affaissé. Après un examen difficile à cause de la photophobie, M. Lallemant découvrit que la cornée offrait une plaie équivalant au quart de la circonférence de cette membrane. L'iris ne prolabait pas. Des antiphogistiques furent mis en usage, et après cinq jours, l'œil ne conservait presque plus de rougeur et la vue s'exerçait assez bien.

M. le docteur Krieg (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 42) donne les détails ci-dessous, sur les suites de la piqûre d'une abeille :

« Dans l'été 1839, je fus consulté par F. K., homme vigoureux, âgé de 60 ans, pour une inflammation de l'œil gauche. Cet homme me raconta qu'il avait été piqué, il y a cinq semaines, à l'œil par une abeille et que l'œil s'était enflammé immédiatement après d'une manière extrêmement douloureuse. Il ajoutait que le médecin auquel il s'était adressé avait retiré l'aiguillon et qu'il lui avait prescrit différents médicaments à l'effet de combattre l'inflammation, mais que, malgré cela, l'état morbide de l'œil avait toujours empiré. En effet, je trouvai, en examinant soigneusement l'œil, non seulement la conjonctive hypertrophiée, mais encore que la cornée était déjà couverte d'un pannus, de manière qu'on ne pouvait pas constater l'état des chambres de l'œil, ainsi

que celui de l'iris et de la pupille. Néanmoins on ne pouvait pas douter de la participation à la maladie des parties intérieures du globe de l'œil, à cause de la durée et du degré du mal, ainsi que du siége des douleurs, qui étaient telles qu'au dire de M. K., le globe de l'œil menaçait de se crever, de dedans en dehors. J'observai au moyen de la loupe, presque au milieu de la cornée, une place équivalant à la grandeur d'un grain de millet, plus foncée et un peu élevée, de laquelle la formation des vaisseaux paraissait s'irradier et qui me signala la blessure originaire produite par la piqûre.

« En touchant cette place latéralement, je découvris dans son intérieur une résistance, et bientôt après je parvins à en extraire, au grand étonnement du malade, une long aiguillon d'abeille. Déjà, quelques jours après, les produits de l'inflammation commençaient leur marche rétrograde, les douleurs diminuant en même temps de plus en plus. Après quatre semaines, la cornée était de nouveau devenue transparente à un degré tel que je pouvais distinguer la pupille immobile et très-dilatée, ainsi qu'un épanchement lymphatique qui se trouvait dans la chambre antérieure de l'œil et s'étendait jusqu'à la marge inférieure de la pupille. Il s'écoula encore plusieurs semaines avant que la résorption fût terminée et que l'œil fût entièrement guéri. Les changements vraiment singulier qui ont persisté après la maladie et que je retrouvai encore après 3 ans, sont les suivants :

« 1. La couleur de l'iris qui était auparavant, ainsi qu'elle est encore en ce moment à l'œil droit resté sain, d'un bleu sale, présente à l'œil gauche qui a été malade le bleu le plus pur.

« 2. La pupille est dilatée et ne subit aucun changement par son exposition à la lumière.

« 3. La marge pupillaire est tirée d'une manière presque imperceptible en bas et en dehors.

« 4. M. K. était avant la maladie presbyte ; actuellement il ne l'est que de l'œil droit. L'œil qui a été malade au contraire ne voit bien que de très-près, et M. K. ne peut pas s'en servir, par exemple, à la chasse. Il peut, du reste, lire avec cet œil l'écriture la plus fine.

M. Bonnet a recommandé dans l'opération de la cataracte par extraction de fixer l'œil, comme on le fait dans le strabisme (1). M. Bouchacourt (*Mémoires de la Société médicale d'Emulation de Lyon*) a pris la même précaution pour extraire un corps étranger qui s'était fixé dans l'œil (2). Son malade était un tailleur de pierres qui, la veille, avait reçu dans la cornée de l'œil droit un éclat de pierre dure.

On avait fait, mais sans succès, quelques tentatives pour extraire ce corps étranger. M. Bouchacourt, examinant ce malade, put constater que la cornée avait été entièrement traversée, et qu'un petit fragment de pierre jaune, occupant la chambre antérieure, s'engageait à travers la pupille fortement resserrée et semblait pénétrer dans la capsule cristalline. L'œil était rouge, sensible à la lumière et très-douloureux. Comme le corps étranger ne faisait pas la plus légère saillie à la surface de l'œil, on ne pouvait penser à l'extraire simplement avec des

---

(1) Voir le mémoire de M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, p. 193 et 241; vol. VII, p. 34).

(2) M. Cunier avait déjà tenu cette conduite. Voir *Annales d'Oculistique*, vol. VII, p. 139, note de M. le docteur Van den Broeck.

pinces ; il fallait à la fois rendre l'œil immobile et agrandir la plaie accidentelle pour aller saisir le fragment de pierre. M. Bouchacourt eut alors l'idée de saisir la conjonctive malade près du grand angle avec des pinces à griffes destinées à l'opération du strabisme. Ces pinces , ayant été confiées à un aide, la plaie fut agrandie avec un couteau à cataracte et la pierre saisie avec une très-petite pince à pupille artificielle. Il sortit en même temps quelques gouttes d'humeur aqueuse et un petit fragment de cristallin. On devait s'attendre à une inflammation très-violente; et en effet il y eut pendant une quinzaine de jours des accidents qui auraient amené la perte de la vue si on ne leur avait opposé un traitement fort énergique.

FIN.

TABLE

DES

MATIÈRES.

PRÉFACE. Pages.

§ I. *Anatomie et Physiologie.*

§ II. *Maladies des organes lacrymaux.*

§ III. *Maladies de l'orbite.*

§ IV. *Maladies des paupières.*

§ V. *Maladies du globe de l'œil.*

FIN DE LA TABLE.

...males d *Pl. 1*

Fig. 3.




Fig. 3.